NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archiv. de la méd. belge. p. 73—110.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 134—143.
Tableau météorologique. 144.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PARMAC., ET TOXIC.

Pharmacologie. 1.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Physiologie. 2—3.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 5—6. *Revue* 14, 22.
Thérapeut. 7 — 10. *Revue* 25, 26, 29, 31, 34.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 11. *Revue* 21.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALM

Path. externe. 12— 15. *Revue* 18, 19 20, 23, 24, 30.
Ophthalmologie. 13.

IX. Malad. syphilitiques. 16. *Rev.* 33

XII. Généralités. 17.

Sociétés savantes, pag. 189—214.
Mélanges. 238. *Revue* 27, 28, 32.

55350

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

NOVEMBRE 1850. — 11me SÉRIE. — T. XI.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1850.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.
Archives de la médecine militaire Belge.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Annales médico-chirurgicales du Midi.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de médecine de Bordeaux.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie.
Revue médico-chirurgicale de Paris de M. Malgaigne.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(NOVEMBRE 1850.)

TRAITÉ DE LA MÉTHODE AMOVO-INAMOVIBLE ;

Par le docteur SEUTIN.

(Suite : *voir* le n° d'octobre 1850, p. 1.)

Maladie de la hanche chez une femme de vingt-quatre ans, survenue le dixième jour après l'accouchement. — Guérison.

OBS. VII. — T. D...., âgée de vingt-quatre ans, célibataire, domestique, entra, le 27 décembre 1842, à l'hospice de la Maternité, pour y faire ses couches ; d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin modéré, elle avait toujours joui d'une santé excellente. Elle accoucha heureusement d'un enfant du sexe féminin fort et bien constitué, une demi-heure après son entrée à l'établissement ; elle avait pu s'y rendre à pied malgré cela, et pour un premier accouchement, c'était certainement un travail peu prolongé. Tout marcha très-bien jusqu'au sixième jour, elle donnait le sein à son enfant, les lochies avaient leur cours et rien n'annonçait un changement prochain ; dans la journée du 2 janvier, elle eut quelques douleurs dans l'abdomen, des frissons se déclarèrent vers la fin du jour et les lochies se supprimèrent complétement ; le soir, les douleurs prirent beaucoup d'intensité ; on fit une application de seize sangsues à la vulve, et sous l'influence d'une déplétion abondante qu'elles produisirent, il s'ensuivit une amélioration prononcée dans le degré de la souffrance. Les cataplasmes émollients, précédés de frictions avec l'onguent mercuriel chaque fois qu'on les renouvelait, furent employés conjointement : au bout de deux jours, un commencement de salivation se déclara, et une amélioration marquée s'ensuivit ; cependant le pouls ne perdait guère de sa fréquence, la femme se trouvait dans un état de malaise particu-

lier, il y avait absence d'appétit. Le 7 janvier, elle fut transportée à l'hôpital Saint-Pierre, pour cause d'encombrement ; une douleur intense se manifesta à l'articulation coxo-fémorale droite, douleur répondant au genou ; la pression du trochanter était douloureuse, mais celle du genou restait insensible ; il n'y avait ni rougeur ni gonflement à cette dernière articulation ; le membre droit était allongé d'un pouce, dans la rotation forcée en dedans, et les efforts pour le mettre en rectitude étaient extrêmement pénibles. La malade légèrement inclinée sur le côté sain, le membre gauche supportant le genou droit, redoutait le moindre mouvement ; l'on put apprécier, dans cette position, le degré d'inclinaison qu'avait subi ce côté du bassin, bien que la malade eût séjourné au lit. On confectionna de suite un bandage complet, dans le but non-seulement de mettre obstacle à une déviation plus prononcée du membre et de rendre l'articulation immobile, mais encore pour permettre le mouvement et le décubitus sur d'autres points, car les tissus des environs du sacrum sur lesquels s'était faite jusqu'alors la compression, étaient fortement endommagés et menaçaient de tomber en gangrène ; dès que le bandage fut confectionné, il fut possible à cette femme de faire quelques mouvements dans son lit et de prendre une position convenable ; on continua l'usage du calomel à la dose d'un demi-grain, deux fois par jour, dans l'espoir de favoriser le mouvement de salivation qui, après s'être montré dans les premiers jours, n'avait pas persisté. Malgré le soulagement que procura l'appareil, les eschares de la région sacrée n'en firent pas moins de progrès, et, en quelques jours, d'énormes plaies existaient dans cette partie ; sous l'influence du travail éliminatoire qu'elles exigèrent, la douleur de l'articulation sembla s'amortir et lorsque, huit jours après l'application de l'appareil, on l'ouvrit pour visiter le membre, il avait repris une position normale, tous les mouvements étaient possibles sans douleur, et il n'existait plus sur ce point aucun symptôme de l'affection, à tel point même que l'on jugea inutile de remettre le bandage. Dès ce moment, la convalescence se déclara d'une manière tranchée, les eschares étaient tombées, les plaies bourgeonnaient, le ventre n'offrait plus de sensibilité, l'appétit commençait à se faire sentir, aussi la malade fut-elle en quelques jours à même de sortir du lit et de passer dans un fauteuil une bonne partie de la journée ; elle resta à l'hôpital jusqu'à la fin de février, et en sortit parfaitement rétablie. *(Extrait de l'ouvrage de M. Pigeolet.)*

Maladie de la hanche gauche survenue à la suite d'un mouvement brusque d'abduction, luxation, abcès par congestion au tiers inférieur externe de la cuisse.

Obs. VIII. — V. D. B., menuisier, âgé de quarante et un ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, mais un peu détériorée par les fatigues, fait remonter l'époque de son mal au mois de juin 1841. Ayant l'épaule gauche chargée d'une pièce de bois assez lourde, il fit, pour s'en débarrasser, un mouvement brusque durant lequel le tronc se porta en haut et du côté gauche Il sentit au même instant un craquement dans l'articulation coxo fémorale gauche, suivi de douleur, il n'y fit pas attention d'abord quoique les jours suivants la douleur eût augmenté ainsi que la gêne durant la marche. Alors sa jambe lui sembla plus pesante et plus longue, elle traînait, et il ne pouvait marcher qu'en boîtant, cependant il ne se plaignit point de douleur de genou ; habitué dans sa profession à recevoir des contusions qui n'avaient jamais eu de suites malgré l'absence de soins, il négligea son mal et ne prit pas la peine de consulter un médecin ; il continua ses travaux, lorsque, au mois d'août, environ sept semaines après l'accident, le membre se raccourcit tout à coup et il ne put plus marcher qu'en faisant un mouvement de claudication prononcée ; les douleurs n'en étant pas devenues plus fortes, il se contenta de mettre un vésicatoire à la cuisse sans discontinuer l'exercice de sa profession. Dans le courant du mois suivant, la fatigue qui résultait de la difficulté de la marche et les douleurs dérangèrent tout à fait sa santé : privé d'appétit, il n'eut plus la force de travailler et vint alors réclamer des soins à l'hôpital. On reconnut aisément la luxation et on soumit le malade à un examen minutieux pour savoir si quelque cause prédisposante n'avait point joué un rôle dans sa maladie. Il habitait depuis longtemps un appartement très-sec, à l'étage, et jamais aucune affection rhumatismale n'avait apporté de trouble dans l'état de sa santé; son atelier de travail était également exempt de toute humidité ; il se nourrissait bien ; marié depuis 1831, quatre enfants bien portants, étaient le fruit de son union ; ses assertions nous firent croire qu'en aucun temps il n'avait abusé de l'union sexuelle, mais à l'âge de vingt ans il avait été atteint d'une affection vénérienne qui s'était manifestée sous forme d'ulcères à la verge, dont nous reconnûmes encore les traces cicatrisées, et pour lesquels il avait subi un traitement prolongé, qui semblait avoir été complet et efficace. Le seul résultat qui pouvait

avoir eu quelque influence prédisposante dans son affection, et auquel nos recherches nous conduisirent, fut la constatation de l'existence chez cet homme d'une disposition aux concrétions calcaires de certaines parties. Le cartilage de l'oreille gauche renfermait plusieurs concrétions très-dures, arrondies, évidemment formées par une matière calcaire, elles existaient depuis plusieurs années ; notre attention attirée vers le genou droit, le malade y accusant depuis un certain temps de la roideur, nous y découvrîmes des concrétions contenues dans la cavité capsulaire, elles étaient mobiles et pouvaient être poussées sous la rotule ; nous n'eûmes aucun doute que cette disposition avait favorisé la manifestation de la maladie de la hanche.

Le membre gauche se trouvait dans la rotation en dedans ; un mouvement prononcé de claudication avait lieu pendant la marche à cause du relâchement musculaire qui permettait à la tête du fémur de parcourir dans la fosse iliaque un espace assez étendu. Le frottement des os se décelait par une crépitation assez prononcée. Vu les dispositions signalées et l'ensemble des symptômes, on porta pour diagnostic que la maladie provenait soit de concrétions articulaires, soit du gonflement de la tête du fémur, et comme la douleur n'avait guère présenté d'intensité, puisque le patient avait continué l'exercice de sa profession, on s'arrêta de préférence à la première hypothèse. On se borna dans le principe à lui faire observer un repos absolu dans une position horizontale, dans le but de pouvoir obtenir une réduction ; on lui prescrivit un régime gras, fortifiant et l'usage de l'hydriodate de potasse. Le malade reprit des forces, mais bientôt l'ennui du séjour à l'hôpital le fit partir malgré nos désirs, après un mois seulement de traitement quand il pensa être en état de reprendre ses occupations. Le changement favorable qui s'était manifesté dans l'état général de sa santé ne tarda pas à faire place aux anciennes dispositions et peu à peu sa santé s'altéra de nouveau, il travailla néanmoins pendant tout le reste de l'année et jusqu'au mois de février 1842 ; à cette époque une tumeur du volume d'une grosse noix s'était formée peu à peu au tiers inférieur externe de le cuisse gauche, elle s'était ouverte après six semaines de développement et avait produit une assez grande quantité de matière homogène, séreuse, de couleur grisâtre, circonstance qui l'engagea à se rendre de nouveau à l'hôpital On y constata les nouveaux progrès de la maladie ; outre la permanence de tous les symptômes observés lors de son premier séjour dans l'établissement, le bruit qui résultait du frottement du fémur contre l'os des îles était plus prononcé ; on le

soumit de nouveau à l'hydriodate de potasse et on lui donna conjointement l'huile de foie de morue. Sous l'empire de cette médication et d'un régime tonique, une amélioration marquée ne tarda pas à se manifester ; le foyer purulent bien reconnu pour être sous la dépendance de la maladie articulaire, cessa peu à peu de fournir de la matière et se cicatrisa bientôt, de manière qu'au bout d'un mois de cette médication, il voulut de nouveau se rendre à ses travaux sans donner le temps de tenter quelques moyens pour obtenir une guérison durable. On se proposait, dès que l'affection osseuse se serait bornée, de favoriser l'ankylose, ou une fausse articulation, de tenter même la réduction ; mais l'habitude du travail, rendant à cet homme le séjour de l'hôpital fastidieux ; il fut impossible de le retenir, malgré tous les moyens de persuasion qui furent mis en usage dans ce but. Deux mois plus tard, il revint de nouveau, quoique l'état général de sa santé se fût assez bien maintenu, mais la cicatrice de l'abcès à la cuisse s'était ouverte pour donner cours à une accumulation nouvelle de matière purulente : il fut soumis au même régime et à la même médication ; on lui donna même l'hydriodate de potasse en bains et en lavements pour obtenir plus d'influence et parce que l'estomac commençait à s'en fatiguer ; en peu de temps l'abcès cessa de fournir de la matière Il sortit bientôt de l'établissement et depuis lors nous le perdîmes de vue. *(Extrait de l'ouvrage de M. Pigeolet.)*

Maladie de la hanche, suite de chute sur le genou droit, à son début. — Guérison complète.

Obs. IX. — La femme W., âgée de quarante ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution quoique habitant l'un des quartiers les plus malsains de la capitale, vint réclamer nos soins, le 26 octobre 1843. Elle avait toujours joui d'une bonne santé et s'était trouvée, mais peu fréquemment, en proie à de légères douleurs rhumatismales sous l'influence d'un air humide, lesquelles se dissipaient d'elles-mêmes et variaient dans leur siége sans attaquer les articulations ; elle avait fait, environ quinze jours avant de se présenter à notre observation, une chute sur le genou droit, dans laquelle tout le poids du corps s'était porté sur le membre sans que la cuisse fléchît ; elle se releva aussitôt et, dans le moment de la chute, elle ne ressentit aucune douleur ; les deux jours suivants, rien d'anormal ne s'étant présenté, cette circonstance s'effaça de sa mémoire et elle fut très-éton-

née, le quatrième jour, en se levant, lorsqu'elle perçut au genou une douleur assez vive ; elle n'y fit point attention d'abord, ne ressentant aucun dérangement intérieur, mais son accroissement et la nécessité de la claudication pour exécuter la marche, lui rappelèrent sa chute et le dixième jour environ après, elle se confia à nos soins. La claudication était prononcée ; pendant la marche, le corps s'inclinait à gauche pour faciliter la progression du membre droit devenu très-lourd, et comme si la contraction musculaire de ce côté eut occasionné un surcroit de souffrance. Elle découvrit aussitôt son genou et désigna la partie interne, correspondant au condyle interne du fémur, comme le siége de son mal ; ne remarquant en ce point aucune trace de gonflement, aucun changement de couleur à la peau et seulement une quantité normale de synovie dans l'articulation, les circonstances antécédantes nous étant connues, nous portâmes nos investigations sur l'articulation coxo-fémorale ; une forte pression contre le trochanter et qui appuyait la tête du fémur contre la cavité, déterminait de la souffrance, mais d'un degré inférieur à celle qui existait au genou ; la pression dans l'aine en dehors des vaisseaux cruraux, était douloureuse également ; les deux hanches étaient tout à fait au même niveau, car la perpendiculaire du corps abaissée sur la ligne intra-épinière, la coupait à angles droits, et, prolongée en bas, se trouvait à égale distance des points correspondants des deux membres ; tous les mouvements de la cuisse était légèrement douloureux, celui d'abduction forte un peu plus que les autres ; il y a avait une bien petite différence de longueur entre les membres, car il existait à peine deux lignes d'élongation du côté droit.

L'affection était toute locale encore et n'avait point eu de retentissement sur l'économie, le degré de la douleur ne forçait point les muscles de la cuisse à l'inaction, il n'existait pas de rotation du bassin. Il n'y avait point de doute, à nos yeux, que le contre-coup de la chute que cette femme avait faite sur le genou, l'articulation coxo-fémorale étant demeurée dans l'extension, n'eût contus les surfaces articulaires de cette jointure, lesquelles, par le mouvement, étaient devenues un point de fluxion. Toutes les fonctions conservaient leur intégrité, le pouls était régulier et médiocrement développé ; comme la langue présentait un état saburral, nous prescrivîmes un purgatif salin-résineux à prendre deux jours de suite ; des boissons abondantes d'une décoction de racines de chiendent et de réglisse ; l'application locale de compresses mouillées dans une solution de muriate d'ammoniaque et

le repos au lit. Cette femme que nous avions convaincue de la nécessité de garder un repos complet, en lui traçant le tableau des souffrances qui pouvaient résulter de son affection, si elle ne se soumettait à nos prescriptions d'une manière absolue, les exécuta pendant dix jours de point en point ; au bout de ce temps, elle put reprendre peu à peu son genre de vie, ne conservant absolument aucun des symptômes qui avaient signalé le début de sa maladie. (*Extrait de l'ouvrage de M. Pigeolet.*)

Affection de la hanche gauche, de cause scrofuleuse, chez un jeune garçon de dix ans. — Luxation.

Obs. X. — E. R., âgé de dix ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, présente le cachet de la cachexie scrofuleuse : ses cheveux sont cendrés, ses yeux gris, son teint est blafard, ses lèvres sont épaisses et de couleur bleuâtre, ses articulations grosses et les genoux déviés en dedans ; il a cependant joui dans son enfance d'une assez bonne santé ; ses parents, peu aisés, ne pouvaient pas lui donner une nourriture très-solide ; son ordinaire se composait de pommes de terre et de pain à chaque repas, et de café trois ou quatre fois par jour ; il séjournait au rez-de-chaussée, dans une habitation plus basse de plusieurs pieds que le sol de la rue, située dans un quartier populeux et assez malpropre. L'appartement recevait assez d'air néanmoins, donnant sur une grande étendue de jardins par sa partie postérieure. Dans les premiers jours du mois d'avril 1843, il commença à boiter de la jambe gauche qu'il soulevait plus difficilement du sol et traînait en marchant ; il s'aperçut pour la première fois de ce phénomène en sortant du lit, sans qu'une cause antérieure à laquelle on pût le rapporter eût été produite ; les parents s'en occupèrent peu d'abord, car les habitudes de leur enfant n'avaient point varié ; il n'accusait aucune douleur, son appétit était le même, le sommeil profond et paisible, et pas le moindre mouvement fébrile ne s'était déclaré. Quelques semaines plus tard, une douleur légère se manifesta au genou, ressemblant, disait-il, à l'effet d'une compression ; le membre lui paraissait plus pesant et plus long, comme engourdi et peu à peu il s'habitua à marcher sur la pointe du pied, peu dévié dans sa direction, le genou et la cuisse étaient un peu fléchis. Vers la fin de juillet, en marchant un peu vite, il tomba sur le genou gauche ; la douleur s'accrut en ce point,

mais les parents n'y ayant remarqué ni chaleur ni gonflement, ne s'en occupèrent point davantage; cependant le jeune garçon boîtait plus fortement depuis lors, sa jambe était devenue plus courte et la pointe du pied se portait en dedans. A la fin, le 21 août, inquiétés par la persistance de la douleur du genou, qu'ils ne savaient à quoi rapporter, ils vinrent réclamer nos conseils. Nous trouvâmes le jeune enfant au lit, dans une excellente position, qu'il s'était donnée instinctivement depuis longtemps déjà, pour amoindrir ses douleurs : couché en supination, un coussin placé sous les jarrets tenait les cuisses dans une demi-flexion et les jambes pendantes en sens opposé, de manière à réaliser un double plan incliné; de cette manière, le poids des jambe contrebalançait celui des cuisses, qui, de cette manière, ne pesaient pas sur le bassin.

Nous trouvâmes localement tous les symptômes réunis d'une luxation coxo-fémorale, dépendante d'une maladie de la hanche. Ayant prévenu les parents des conséquences qui résulteraient pour la santé et même la vie de leur enfant, si on ne lui prodiguait tous les soins nécessaires, ils acceptèrent nos services, et nous secondèrent dans l'application du bandage amidonné. L'époque récente de la sortie de l'os et l'absence de phénomènes annonçant une désorganisation profonde, nous engagèrent à tenter la réduction ; elle fut assez facile et le résultat de tractions modérées, mais l'os ne fit pas grand bruit en rentrant en place et le mouvement du trochanter, lorsque la tête franchit le rebord cotyloïdien, fut assez peu marqué pour nous faire croire qu'il existait ou un fort gonflement de la tête, ou une tuméfaction de quelqu'une des parties de la cavité, et nous donner la crainte d'un renouvellement facile du déplacement. Le bandage fut aisément et promptement appliqué et nous espérions un beau succès, nous proposant d'avoir recours quelques jours plus tard au cautère et de mettre en œuvre l'huile de poisson, l'hydriodate de potasse et un régime tonique. Le lendemain, nous trouvâmes le jeune malade fort ennuyé de se trouver dans son bandage : depuis longtemps habitué à voir ses parents eux-mêmes se plier constamment à tous ses caprices, il ne présentait guère de résignation et se soumettait difficilement à la moindre contrainte ; rien cependant n'annonçait que le bandage présentât quelque défectuosité d'où pouvait résulter une forte compression locale, l'extrémité des orteils était tout à fait normale ; nous prévînmes les parents qu'il fallait quelques jours pour s'habituer à supporter toute espèce de bandage et qu'ils feraient bien de détourner l'attention de leur enfant de

ce sujet, jusqu'à ce que la gêne des premiers jours l'eût habitué à sa nouvelle position. Malgré toutes nos recommandations, à notre visite du lendemain, nous trouvâmes l'enfant sans bandage et la luxation reproduite. Ne désespérant pas néanmoins de pouvoir lui être utile, et jugeant qu'il fallait sans retard mettre des entraves aux progrès du mal, nous établîmes un cautère potentiel assez fort, sans prévenir des effets qui devaient en résulter, et prescrivîmes l'huile de poisson et la potion d'iodure de potassium avec la gentiane, ayant bien l'intention de revenir sous peu à l'application du bandage. L'amélioration qui s'ensuivit en quelques semaines dans les souffrances, et l'état général de l'enfant produisirent sur les parents beaucoup d'effet, au point qu'ils nous proposèrent un jour de réappliquer l'appareil, mais leur bonne résolution échoua de nouveau contre l'opposition de leur enfant, et quelque temps après toute médication fut mise de côté, et l'on ne voulut pas accorder l'application d'un nouveau caustique, le premier s'étant cicatrisé ; contre tant d'incurie et d'obstination, nos efforts restèrent impuissants ; la maladie ne tarda pas à reprendre son empire, des abcès se formèrent dans le voisinage de l'articulation, à la partie externe de la cuisse ; les progrès du mal furent lents, grâce à une bonne nourriture et à l'exercice des promenades à béquilles, les seuls moyens dont l'usage fut continué. Néanmoins, il se trouve aujourd'hui dans un état de dépérissement voisin de la fièvre hectique. (*Extrait de l'ouvrage de M. Pigeolet.*)

Maladie de la hanche droite de nature scrofuleuse, survenue à l'âge de cinq ans, à la suite d'une chute. — Luxation.

Obs. XI. — M. P., arrivée actuellement à l'âge de vingt-six ans, présente les signes ordinaires des scrofules, mais jouit malgré cela d'une bonne santé, elle porte plusieurs cicatrices au cou, a le nez gros et épaté et offre assez d'embonpoint. Elle a souvenir d'avoir eu dans sa plus tendre enfance le ventre volumineux et fréquemment des maux d'yeux qui la portaient à fuir la lumière ; cependant, vers l'âge de cinq ou six ans sa santé était assez bonne et ce fut un jour en jouant avec d'autres enfants de son âge, qu'elle fit sur le côté une chute depuis laquelle elle eut constamment à souffrir. Après sa chute elle ressentit une forte douleur du genou sur lequel des sangsues et des cataplasmes furent appliqués ; une amélioration s'ensuivit, elle put marcher ; cependant elle ne cessa de ressentir une douleur sourde en ce point et

trois mois après sa chute la jambe se raccourcit subitement. Elle fut retenue assez longtemps au lit après la production de ce phénomène, un abcès s'ouvrit au milieu de la fesse à un pouce derrière le trochanter, elle finit néanmoins par se rétablir et pouvoir marcher avec assez de facilité en boitant fortement. L'époque de la menstruation s'accomplit chez elle facilement, mais avant et depuis lors, par intervalles de dix, douze mois, elle ressentait des douleurs plus intenses à l'articulation du genou, il se déclarait de la fièvre, elle tenait le lit plusieurs jours, et un abcès dans les environs de la hanche venait clore la série des phénomènes aigus qui se présentaient alors chez elle. La plupart du temps une application de sangsues sur le genou et des cataplasmes diminuaient l'acuité du mal et bornaient la force et l'intensité de cette réaction momentanée. Lorsqu'elle nous fit appeler en juillet 1842, pendant un de ces moments de souffrance, elle nous montrait le genou, et, voyant notre étonnement de n'y rien rencontrer, elle nous dit qu'on n'y trouvait rien d'ordinaire, mais que des sangsues y avaient été appliquées à diverses reprises et toujours avec avantage. En effet, bon nombre de petites cicatrices justifiaient son assertion, il ne nous fut pas difficile de remonter à l'origine de son mal, elle assura qu'elle n'avait jamais que peu souffert à la hanche et que les douze ou quinze abcès dont on voyait les cicatrices autour de cette articulation, s'étaient formés sans déterminer beaucoup de gêne ou de douleur. Sa profession de dentellière qu'elle avait entreprise dès son enfance, la tenait dans une position assez sédentaire, et le raccourcissement du membre n'était guère aussi prononcé qu'il aurait dû l'être, si elle s'était beaucoup livrée à la marche ; elle était mère depuis un an d'un enfant bien portant qu'elle avait allaité, et toutes les fonctions se faisaient assez régulièrement. Nous constatâmes à la fesse, un peu en avant du trochanter, à quelques lignes de distance d'une ancienne cicatrice, la présence d'une collection qui tendait à se faire jour au dehors et nous dûmes augurer, d'après le récit de la malade, que l'accroissement de la douleur du genou tenait à cette circonstance, car il s'était présenté chaque fois de la même manière. Ce sujet nous parut tout à fait favorable, puisque la luxation datait de vingt ans, pour répéter la mensuration comparative des membres telle que l'avait faite M. Humbert et dans le même but que lui, nous obtînmes les résultats suivants :

La malade placée dans une position horizontale, les membres sont placés à égale distance de l'axe prolongé du bassin.

1° Distance de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles du gros orteil.	du côté sain,	31 p.	
	— malade,	29 p.	4 lignes.
2° Distance de l'épine antérieure et supérieure au grand trochanter.	du côté sain,	4 p.	6 lignes.
	— malade,	3 p.	8 lignes.
3° Distance du grand trochanter à la tête du péroné.	du côté sain.	16 p.	
	— malade,	15 p.	4 lignes.
4° Distance de la tête du péroné à la plante du pied.	du côté sain,	14 p.	
	— malade,	15 p.	6 lignes.
5° Distance de l'épine antérieure et supérieure de l'iléum à l'épine postérieure et supérieure.	du côté sain,	4 p.	
	— malade,	3 p.	6 lignes.
6° L'épaisseur de l'os des îles à son épine antérieure et supérieure est moins considérable d'un tiers du côté malade que du côté sain.			
7° Circonférence de la cuisse prise à sa partie supérieure.	du côté sain,	16 p.	
	— malade,	14 p.	
8° Circonférence du genou.	du côté sain,	12 p.	6 lignes.
	— malade,	12 p.	
9° Hauteur du pied.	du côté sain,	8 p.	
	— malade,	7 p.	8 lignes.

Les différences observées sont analogues à celles trouvées par Humbert sur le sujet de son observation, et appuient directement les conséquences qu'il en a tirées; si elles sont moins marquées dans l'histoire que nous venons de rapporter, bien que la maladie existât depuis plus longtemps, nul doute que cela ne provienne de ce que la malade s'était peu livrée à la marche, que le fémur était moins remonté et parce que, avant de prendre nos mesures, nous plaçâmes les deux membres dans un état égal d'abduction.

La collection purulente qui s'annonçait à la fesse étant parfaitement circonscrite, nous n'hésitâmes pas à y plonger le bistouri, car chaque fois qu'un abcès s'était manifesté chez cette femme, la réaction avait cessé dès que la matière était parvenue à se frayer une issue et nous évitions ainsi l'emploi des antiphlogistiques que sa constitution ne permettait guère de mettre en usage; l'application d'un large cataplasme favorisa l'écoulement de la matière et l'ouverture ne tarda point à se cicatriser. Persuadé qu'il lui serait fort avantageux de se soumettre pendant quelque temps au traitement par l'hydriodate de potasse, nous lui en démontrâmes les bons effets et elle prit pendant trois mois la potion d'iodure de potassium d'après la formule que nous avons indiquée en parlant de ce médicament; son état d'embonpoint nous fit croire que l'huile de poisson ne lui serait guère utile. Sous l'empire de la médication elle maigrit un peu, mais acquit plus de force, et depuis plus de deux ans, aucun nouvel abcès ne s'est formé et les cicatrices anciennes ont perdu leur aspect rougeâtre, de manière à nous

faire penser que la constitution a été profondément modifiée. Nous nous sommes abstenu de toute tentative de réduction, la date de l'existence de la luxation la rendait fort incertaine, les nombreux abcès survenus sur divers points indiquaient que la cachexie avait occupé une large surface osseuse et que les parties voisines avaient dû subir des altérations profondes dans leur forme, leur structure et leurs rapports ; il y avait en outre à craindre, sous l'empire d'une cachexie si prononcée, si souvent mise en jeu, quelque exacerbation du mal, à la moindre violence exercée pour remettre la tête du fémur en rapport avec sa cavité normale. (*Extrait de l'ouvrage de M. Pigeolet.*)

Maladie de la hanche gauche chez un enfant de deux ans et demi, survenue sans cause occasionnelle.

Obs. XII. — L'enfant de M. D. B., d'une constitution lymphatique, était atteint, au 25 mars 1839, d'une luxation spontanée du fémur gauche. La maladie datait de plusieurs mois La tête de l'os était logée dans la fosse iliaque externe, un abcès profond se faisait remarquer devant le grand trochanter ; le membre était à demi-fléchi et offrait deux pouces de raccourcissement ; fièvre continuelle, douleur constante, augmentant par le moindre mouvement imprimé à la partie malade. L'extension et la contre-extension opérées, la tête du fémur fut ramenée en dessous de la cavité cotyloïde qui n'existait plus, de manière que le membre malade présentait un demi-pouce d'élongation sur l'autre; l'extension et la contre-extension continuées jusqu'à dessiccation ; tous les quinze à vingt jours, le bandage était visité et resserré ; le 25 juin, la tumeur de l'abcès paraissait vouloir s'ouvrir ; un morceau de potasse caustique fut mis sur la partie la plus proéminente, et l'eschare fut incisée ; cette ouverture donna issue à six onces environ de pus, de mauvaise nature ; le bandage fut modifié de manière à laisser une issue par où s'écoulerait la matière purulente ; il n'était plus renouvelé que très-rarement. Depuis lors l'enfant n'a cessé de marcher vers une amélioration constante et progressive ; on put le lever et remuer à volonté, sans occasionner la moindre souffrance, il put constamment se lever et être conduit à la promenade dans une petite voiture ; il a été soumis à un régime tonique et aux préparations d'iode ; aujourd'hui 24 décembre, il présente tous les attributs d'une santé florissante. Il conserve encore son bandage.

Nous avons vu ce jeune malade vers la fin de l'année 1841 ; la

position nouvelle donnée au fémur, s'était très-bien maintenue; on se contentait alors d'une simple bande roulée formant le spica, pour limiter l'étendue des mouvements de la cuisse; on n'était pas encore complétement rassuré sur la manière d'être des os, on craignait une nouvelle invasion du principe morbifique que des douleurs assez fréquentes faisaient présager; en effet, nous avons appris depuis lors, que le malade avait eu à subir les accidents d'une récidive, qu'un abcès nouveau s'était formé au milieu de phénomènes, pendant la durée desquels le fémur s'était reporté dans la fosse iliaque externe, et avait déterminé le raccourcissement ultérieur, de manière qu'aujourd'hui le patient, pour pouvoir marcher, est obligé de se servir d'une chaussure à semelle beaucoup plus élevée du côté gauche.

Maladie de la hanche chez un jeune garçon de douze ans, suivie de mort.

Obs. XIII. — M., âgé de douze ans, né d'un père avancé en âge et d'une mère assez jeune, mais douée d'une constitution chétive, présentait les caractères physiques d'un tempérament lymphatico-nerveux; sa santé avait toujours été bonne, sa peau fine présentait une belle coloration aux joues, son œil bleu brillait d'un éclat vif, il annonçait beaucoup d'intelligence pour son âge. Sans cause antérieure appréciable, il éprouva subitement un certain degré de roideur dans l'articulation coxo-fémorale droite, sans douleur, sans pesanteur du membre, et comme la marche n'était qu'un peu moins facile et que, du reste, il avait conservé toutes ses habitudes, pendant assez longtemps son mal ne fixa point l'attention des parents et n'obligea pas le jeune malade à s'en plaindre. On s'aperçut de cette disposition fortuitement en le voyant monter l'escalier : c'était l'exercice le plus pénible pour lui et qu'il exécutait avec le plus de difficulté. Le premier médecin consulté sur cette maladie, prescrivit l'usage des bains généraux simples, il n'en éprouva aucune amélioration ; on fit après cela une ou deux applications de sangsues et on mit en usage quelques remèdes simples indiqués par quelques autres médecins, car la mère, soit qu'elle ignorât de quelles conséquences pouvait être suivie la maladie de son fils, soit pour tout autre motif, demandait beaucoup d'avis n'en suivait aucun convenablement et ne semblait point du tout comprendre qu'une toute autre manière d'agir eût été fort opportune. Ayant été prié d'accompagner un de nos collègues qu'on avait mandé près du

jeune malade, nous reconnûmes l'état suivant : l'articulation coxo-fémorale droite était presque immobile, malgré l'absence de contraction des muscles voisins, la masse charnue présentait un certain degré d'atrophie, et cependant le malade ne faisait pas remonter le principe de son affection au delà de deux mois, il n'y avait aucune apparence de fluctuation profonde et le toucher, ni même la pression, n'étaient point douloureux, le membre était un peu plus long de deux à trois lignes, mais, d'après une observation attentive, la différence de longueur devait être rapportée au relâchement musculaire qui avait permis la rotation du bassin sur son axe antéro-postérieur et l'articulation n'y prenait aucune part ; il n'y avait pas de changement dans la direction du membre, point de douleur au genou et, hormis un peu de diminution dans l'appétit, toutes les fonctions s'exécutaient d'une manière normale. Nous crûmes donc avoir affaire à une maladie de l'os iliaque, à un gonflement de la partie voisine de la cavité cotyloïde, développé de manière à y retenir la tête du fémur et mettre obstacle à sa mobilité. Nous ne laissâmes pas ignorer aux parents notre opinion sur la maladie de leur fils, et, connaissant leur inconstance, nous employâmes tous les moyens pour les convaincre de la nécessité de faire promptement un traitement vigoureux ; ils se rendirent à nos raisonnements et il fut convenu que le lendemain un large cautère serait appliqué et le traitement commencé pour combattre la cause cachectique, mais nous n'eûmes pas la satisfaction de venir en aide aux maux de ce jeune homme, nos remèdes effrayèrent, on changea d'opinion et l'on nous fit savoir le lendemain que nos soins n'étaient pas acceptés. L'intérêt que nous portions à la santé de ce jeune malade, victime d'une sollicitude mal entendue et d'une erreur déplorable, nous fit tenter une démarche de. x mois plus tard, espérant que peut être alors la persistance du mal ouvrirait les yeux à la mère . nous échouâmes dans notre tentative. On avait continué l'usage des bains, le malade était beaucoup maigri, il y avait commencement de fièvre, une collection purulente, profonde et étendue, s'était formée derrière le grand trochanter ; malgré tout ce que nous pûmes dire pour amener la mère à permettre d'établir chez son fils un traitement rationnel, elle resta inébranlable dans son entêtement.

Deux années s'étaient écoulées, sans que l'occasion se fût présentée d'avoir quelque renseignement sur ce malade, lorsque, passant dans son voisinage, nous ne pûmes résister à l'idée d'obtenir quelque détails sur la fin de sa maladie, ne nous attendant guère à rencontrer le

tableau qui s'offrit à nos yeux. Le père, devenu infirme par le chagrin et une affection variqueuse, était assis dans une chaise longue, ayant à ses côtés un enfant de quatre ans, et, nous reconnaissant : « Hélas, dit-il les larmes aux yeux, j'ai été soumis à de bien cruelles épreuves, après avoir perdu mon fils, j'ai fermé les yeux de sa mère, de sa tante et de sa jeune sœur, et maintenant il ne me reste plus que ce jeune enfant pour les pleurer... » Et nous n'eûmes pas le courage, en face de cette grande douleur, de réveiller des souvenirs pénibles, par des questions indiscrètes. (*Extrait de l'ouvrage de M. Pigeolet.*)

Maladie de la hanche droite survenue chez une jeune fille de cinq ans, pendant la convalescence de la rougeole, réduction de la luxation ; application du bandage amidonné.

Obs. XIV. — Vers la fin de l'année 1841 une mère apporta à la visite de M. Seutin, à l'hôpital Saint-Pierre, sa jeune fille de cinq ans, convalescente de la rougeole depuis trois semaines ; le motif qui l'avait déterminée à faire cette démarche, était que son enfant s'était mis à boiter dès qu'elle avait pu marcher après sa maladie ; assez bien remise de l'affection exanthémateuse, cette fille n'avait point repris sa gaieté, ni son appétit ; toujours silencieuse, elle se tenait assise toute la journée ou demandait à être couchée ; on la força de marcher, mais comme elle boitait, ses parents n'insistèrent pas, attribuant à la faiblesse l'irrégularité et la difficulté de sa marche ; on lui faisait faire des essais tous les jours, mais la difficulté qui était légère dans le principe, s'accrut et, au bout de quinze jours, on s'aperçut que la jambe droite était devenue plus courte et que le pied tournait en dedans. Lorsque nous la vîmes, elle présentait un aspect souffrant et assez chétif, ce qui ne nous surprit point en apprenant que sa nourriture consistait le plus ordinairement en pommes de terre non assaisonnées et en café léger ; cependant, le fond de sa constitution était assez bon, il n'y avait chez elle aucun indice de scrofules, ses cheveux et ses yeux étaient noirs et sa taille assez forte pour son âge. La mère nous apprit que la rougeole avait été très-prononcée, que, pendant plusieurs jours, l'exacerbation nocturne du mal avait été accompagnée de délire et qu'après sa maladie, l'appétit très-fort chez elle d'ordinaire n'était pas revenu.

L'enfant placée dans une position horizontale, il était impossible de méconnaître la luxation, comme le récit de la mère l'avait fait pres-

sentir ; le membre se trouvait dans la rotation en dedans, le genou et la cuisse légèrement fléchis, les muscles adducteurs étaient contractés, le trochanter rapproché de la crête iliaque et l'on sentait la tête dans la fosse de l'os des îles. Il n'y avait point de gonflement des parties voisines et le membre n'avait encore aucunement souffert dans sa nutrition. On put étendre la jambe et faire cesser la flexion de la cuisse par une traction prolongée, et, dans cet état, les membres étaient de niveau, malgré la luxation, à cause de la rotation du bassin.

M. Seutin profita de cette circonstance pour faire une leçon clinique bien intéressante ; d'un coup d'œil, il avait entrevu toutes les ressources que l'on pouvait mettre en usage à l'égard de cette maladie récente ; déjà, il lui était arrivé de tenter avec succès la réduction de luxations de ce genre et dans des circonstances semblables. Après avoir rappelé brièvement les principaux points de la maladie de la hanche, il s'étendit davantage sur la nécessité et l'avantage de la réduction, lorsqu'elle était d'ailleurs possible, et c'est presque toujours le cas au commencement de la maladie par intumescence de la glande synoviale ; il démontra ensuite les bienfaits que procure le bandage amidonné dans cette occurrence. Il résolut de procéder à la réduction sur-le-champ ou à l'abaissement du fémur, si l'engrenage iléo-fémoral était impossible à effectuer par suite du gonflement, et au maintien des extrémités osseuses dans leur nouvelle position par le bandage amidonné. Les aides convenablement disposés, on fit des tractions progressives sur le membre, en le portant dans l'abduction, M. Seutin dirigeait la tête du fémur en appuyant sur le trochanter. La réduction s'opéra facilement et sans que la jeune malade accusât de bien fortes souffrances, il se passa dans cet instant un phénomène remarquable et qui n'échappa à aucun des assistants : le mouvement du trochanter, au moment où la tête franchit le rebord de l'acétabulum, fut très-perceptible, mais le bruit qui résulte de la rentrée de l'os dans la cavité, s'effectua d'une manière sourde et point du tout comme il a lieu d'habitude par le rapprochement brusque des os ; il était donc évident qu'une cause empêchait le contact immédiat de la totalité des surfaces articulaires. Le bandage amidonné fut ensuite appliqué, maintenant le fémur dans sa position nouvelle, et l'on prescrivit un régime fortifiant et l'usage de l'huile de foie de morue ; la jeune enfant resta assez longtemps à l'hôpital, on ne laissait point passer un beau jour sans lui faire prendre l'air, et en assez peu de temps sa constitution avait subi des

modifications fort avantageuses. Sa mère la reprit avant qu'on eût jugé à propos de la laisser sans bandage, on lui recommanda de l'amener de temps en temps à la visite, nous ne l'avons pas revue, mais, d'après les dispositions dans lesquelles elle se trouvait à sa sortie, nous n'avons guère de doute que sa guérison n'ait été parfaite. (*Extrait de l'ouvrage de M. Pigeolet.*)

CHAPITRE V.

ARTHRITE. — PLAIES DES ARTICULATIONS. — HYDARTHROSE. — ARTHROPATHIES.

Dans l'arthrite aiguë et chronique, qu'elle soit produite par une cause traumatique, rhumatismale ou goutteuse, dans les plaies qui intéressent les articulations et dans l'hydarthrose, une contention simple, ou une compression douce, graduée et bien méthodique, selon l'indication, et à l'aide d'un bandage roulé, convenablement enduit d'amidon, en ayant soin de garantir les surfaces osseuses d'une pression immédiate, sera suivie des meilleurs effets. Cette médication, fondée sur les mêmes principes que celles que j'emploie dans les tumeurs blanches, la compression et l'immobilité de l'articulation malade, faire taire la douleur, amende les symptômes inflammatoires et amène la résolution des parties tuméfiées. Elle ne s'oppose pas à l'application des topiques dont l'emploi est reconnu nécessaire et qui agissent ici comme auxiliaires, ni à l'administration des agents thérapeutiques dont l'usage peut aider à la guérison.

Les principes étant les mêmes, les préceptes que j'ai indiqués dans le chapitre précédent sont ici également applicables. Je ne puis qu'y renvoyer le lecteur, afin de ne pas me répéter trop souvent.

J'ajouterai cependant que dans un grand nombre d'arthrites aiguës, rhumatismales, goutteuses ou traumatiques, j'ai enlevé comme par enchantement les douleurs vives qu'éprouvent les malades aux moindres mouvements des articulations malades, et cela en rendant immobiles les parties douloureuses. Quelles qu'elles soient, il est toujours possible d'appliquer sur la partie malade quelques jets de bande, un carton légèrement mouillé et amidonné d'une manière contentive, sans déranger aucunement le membre. Aussitôt après la dessiccation, le malade peut mouvoir le membre endolori sans occasionner la moindre douleur dans l'articulation souffrante, surtout si l'on a eu la précaution de continuer le bandage jusqu'au-dessous de l'articulation supérieure. Un sénateur était en proie aux douleurs les plus violentes

au poignet; elles ne lui avaient laissé aucun repos depuis trois jours, et il désirait vivement de pouvoir se rendre à la séance du Sénat. A huit heures du matin, je lui proposai l'application de ma méthode; il accepta. J'entourai les doigts, le poignet, l'avant-bras jusqu'au-dessous du coude, après avoir garni les éminences osseuses et comblé les enfoncements avec de l'ouate. Ce temps de l'opération le fit cruellement souffrir, à cause des légers mouvements imprimés à l'articulation malade. Aussitôt que celle-ci fut fixée au moyen d'un carton légèrement mouillé et amidonné, dépassant de quelques linges les doigts, et se terminant à la partie moyenne du bras, les douleurs diminuèrent considérablement; elles cessèrent entièrement lorsque je fis l'application d'une deuxième lame de carton à la partie opposée de la main, de l'avant-bras et du bras. Cette dernière lame de carton fut, comme la première, maintenue par une bande circulaire contentive, légèrement amidonnée. Afin d'obtenir une immobilité complète de l'articulation malade, j'appliquai au-dessus de l'attelle antérieure une lame de carton sec. Le malade put immédiatement soulever et mouvoir le bras malade sans la moindre douleur. Aussitôt après il put se livrer au sommeil, d'où il dut s'arracher pour se rendre à la séance, le bras porté en écharpe. Depuis ce moment, les symptômes allèrent toujours en s'amendant et le malade put bientôt se livrer à ses occupations.

Voici un autre fait plus curieux et plus important encore, et qui prouve combien ma méthode est supérieure à toutes les autres dans d'autres circonstances que dans les fractures, En 1845, je fus appelé à Aix-la-Chapelle; MM. Metz et De Haen me prièrent de visiter avec eux une jeune fille qui, à la suite d'une contusion sur le genou, était affectée d'un vaste abcès comprimant cette articulation, avec fusées purulentes le long de la cuisse et la jambe. Depuis plus de sept mois elle était alitée, en proie à des douleurs atroces et dans un marasme complet. La jambe était fléchie à angle aigu sur la cuisse; le moindre attouchement la faisait horriblement souffrir; je proposai d'appliquer ma méthode; mes collègues acceptèrent. Après avoir tout disposé, la malade fut portée sur une table; on fit l'extension et la contre-extension du membre. Nous profitâmes d'une syncope suivie d'une convulsion pour opérer le plus possible l'élongation; après avoir appliqué un bandage roulé, percé d'ouvertures vis-à-vis des nombreuses plaies fistuleuses qui se trouvaient sur toute l'étendue du membre, j'appliquai des cartons aux parties postérieure et latérales du membre que je recouvris de quelques tours de bandes roulées. L'extension fut mainte-

nue par une attelle en bois à la partie postérieure du membre, jusqu'à sa dessiccation. J'oubliais de dire qu'en soulevant la jeune malade de sa paillasse, nous découvrîmes une plaie énorme à la région sacrée et occupant une grande partie des fesses, occasionnée par un trop long décubitus. Le carton qui recouvrait cette région fut échancré en cet endroit; il put ainsi préserver la plaie d'une nouvelle compression. Quarante-huit heures après, cette malheureuse jeune fille put s'asseoir facilement et être placée pendant toute la journée en plein champ et respirer un air plus salubre que celui de la cabane qu'elle habitait. Les douleurs disparurent, le sommeil et l'appétit revinrent. Des personnes charitables lui procurèrent une alimentation succulente et quelques mois après, j'appris par mes collègues qu'elle marchait vers un rétablissement complet. Je ne doute nullement que l'ankylose se soit établie, et que la guérison se soit opérée.

Observations cliniques. — *Contusion de l'articulation de la hanche.*

Obs. I. — Gentis (Pétronille), âgée de vingt ans, de tempérament lymphatico-sanguin, est entrée, le 9 avril, à l'hôpital Saint-Pierre. Elle est tombée sur la hanche droite, et n'a pu se relever ni marcher.

Le membre inférieur droit offre à la vue une élongation considérable, due à un abaissement de l'os coxal du même côté, abaissement dont la cause réside dans le besoin qu'éprouve la malade de mettre dans le relâchement les muscles qui passent sur le lieu malade, comme l'a fort bien fait voir M. Pigeolet dans sa thèse sur la coxarthrocace. De plus, il y a un léger allongement à la mensuration, pratiquée avec toutes les précautions désirables. La cuisse est légèrement fléchie, et le pied tournée en dehors. Le grand trochanter décrit des arcs de cercle normaux; la malade peut fléchir et étendre la cuisse, la tourner, mais elle ne peut s'appuyer sur le membre, à cause de la douleur qu'elle ressent alors dans l'articulation. On sent la tête du fémur occupant sa place normale. Quelle est la nature de cet accident? Ce n'est évidemment ni une fracture du col, ni une luxation du fémur; c'est une contusion de l'articulation. En effet, on conçoit que des mouvements peuvent encore s'opérer dans des parties contuses, mais qu'elles ne sauraient plus supporter la pression du corps; la rotation en dehors est due au poids du membre, enfin l'allongement à la mensuration s'explique par le gonflement de la glande synoviale contuse, et par l'épanchement probable d'un liquide dans l'articulation. On peut appeler

cela une coxalgie aiguë traumatique, car il y a là, sinon une inflammation, au moins une grande tendance à l'inflammation, et si on la laisse se développer, elle passera à la suppuration, tout comme la coxalgie ordinaire Or, c'est ce qui pourra arriver très-facilement si on laisse à l'articulation la liberté des mouvements, surtout si, comme cela arrive trop souvent, la malade veut se lever et marcher dès que la douleur sera un peu moins vive. Il importe donc de tenir cette articulation dans une parfaite immobilité ; de plus, si l'on peut en même temps faire lever la malade, la mettre à l'air, lui donner une alimentation succulente, il faut le faire, car sa constitution s'accommoderait fort mal d'un séjour un peu prolongé au lit. Ces indications sont parfaitement remplies par l'appareil amovo-inamovible appliqué comme pour les fractures du col du fémur.

Le 2 juin, on ôte l'appareil ; la malade marche sans plus éprouver de douleur. On applique une bande roulée pour éviter l'engorgement. Peu de jours après, elle sort complétement guérie.

Arthrite traumatique du genou.

Obs. II. — Le nommé Vanderperre, entre à l'hôpital Saint-Pierre, le 8 juillet 1847, atteint d'une arthrite traumatique du genou. La maladie a été causée par l'enfoncement d'un clou (pointe de Paris) sur la partie latérale de la rotule. Ce n'est que quinze jours après l'accident que ce malade s'est présenté à l'hôpital.

A son entrée le genou est rouge, considérablement gonflé ; le moindre mouvement cause des souffrances intolérables. On entoure l'articulation d'un bandage amidonné compressif, après avoir recouvert la peau d'une couche d'onguent napolitain. L'articulation est mise dans l'immobilité au moyen de petites attelles en carton fixées par des bandes amidonnées. Dès ce moment, le malade cesse de se plaindre des douleurs vives qu'il accusait.

Le lendemain le gonflement a diminué : on resserre le bandage amidonné.

Le 10 juillet, un abcès se montre à l'endroit où avait eu lieu la piqûre du clou : on ouvre cet abcès et on continue la compression du genou en ayant soin de pratiquer dans le bandage un petit trou pour l'écoulement du pus.

Les jours suivants, la suppuration de l'abcès devient de moins en moins abondante : le gonflement du genou disparaît complétement.

Le malade est sorti de l'hôpital entièrement guéri, le 22 juillet 1847.

Plaie de l'articulation du poignet avec section de l'artère radiale et du tendon du grand palmaire.

Obs. III. — Le nommé Dassy (Jean-Michel), âgé de vingt-neuf ans, de tempérament sanguin, se présente, le 15 janvier 1848, à l'hôpital Saint-Pierre. Il vient de se faire au côté externe du poignet gauche une plaie transversale d'un pouce de longueur ; il s'en échappe un jet saccadé de sang artériel ; le tendon du grand palmaire est coupé. On lie les deux bouts de l'artère radiale, puis on réunit, par un point de suture, les deux bouts du tendon en saisissant successivement chacun d'eux au moyen d'une pince à dents de souris et le traversant avec une aiguille armée d'un fil. La plaie elle-même est réunie par des bandelettes agglutinatives. La main est placée dans une flexion forcée pour rapprocher les parties divisées ; puis elle est entourée ainsi que l'avant-bras d'un bandage roulé, et maintenue dans cette position par une attelle dorsale en carton, moulée sur la forme qu'a prise le poignet fléchi ; diète ; émétique comme contre-stimulant.

Deux jours après, le 17 janvier, on ouvre l'appareil en le sectionnant ; l'état de la plaie est satisfaisant ; il y a seulement un peu de gonflement aux environs. Pendant une huitaine de jours, l'état du membre reste satisfaisant ; mais le 25 janvier, le gonflement est augmenté, et la plaie suppure davantage.

Le 28, on sent de la fluctuation à la région thénar et au dos de la main ; deux incisions y sont pratiquées ; un pus louable s'en écoule.

Frictions mercurielles, application d'une compression expulsive, main placée à peu près dans l'extension ; position déclive du membre.

Le 2 février, le gonflement s'étend du côté de l'avant-bras ; la compression fait sortir par les ouvertures beaucoup de pus ; il y a de la fièvre, des frissons suivis de sueurs, la face prend une teinte jaunâtre. Onctions mercurielles sur la partie malade ; application d'un bandage légèrement compressif avec des trous en face des ouvertures ; position déclive du membre ; régime analeptique, décoction de quinquina.

Le 6 février, la tuméfaction a gagné tout l'avant-bras et une partie du bras ; il y a de l'empâtement et de la fluctuation ; état général toujours le même Deux incisions sont pratiquées à la partie moyenne et à la partie supérieure de l'avant-bras ; la suppuration a, au loin, décollé les muscles sous lesquels on pénètre avec la sonde de femme ; le

membre est plongé dans un bain ; on continue les onctions mercurielles et le bandage amidonné, qui exerce une légère compression et maintient la main étendue ; des ouvertures y sont pratiquées pour laisser librement écouler le pus ; position déclive ; toniques à l'intérieur.

A partir de ce moment, le gonflement et la douleur diminuent ; l'état général s'améliore ; les signes de résorption disparaissent ; un pus abondant et louable s'écoule par les diverses ouvertures.

Le 15, l'avant bras est revenu à son volume normal, bien que les deux incisions qu'on y a pratiquées versent encore du pus ; le poignet et la main sont encore fortement engorgés On continue le même traitement.

Le 1er mars, le gonflement de ces parties a beaucoup diminué ; les ouvertures de l'avant-bras tendent à la cicatrisation ; celles du poignet et de la main suppurent encore abondamment et sont couvertes de fongosités qu'on cautérise fortement avec le nitrate d'argent. Le traitement reste le même.

Un mois après, les deux incisions de l'avant-bras sont cicatrisées ; celles du poignet et de la main tendent aussi à la cicatrisation qui est complète vers le 15 avril ; les mouvements du poignet sont difficiles, et ceux des doigts presque impossibles, on engage le malade à faire jouer ces parties, on les entoure d'une bande roulée pour prévenir l'engorgement.

Le 1er mai, Dassy sort de l'hôpital ; la main gauche est encore volumineuse, le poignet se meut assez bien, mais les doigts ne peuvent pas encore être fléchis, bien que la raideur de leurs articulations soit déjà diminuée.

Plaie de l'articulation du poignet, avec section des tendons du fléchisseur sublime, du cubital antérieur et de l'artère cubitale.

Obs. IV. — Joseph Gaive, âgé de trente-neuf ans, manœuvre, est tombé avec le poignet droit sur un tesson de bouteille, le 22 mai 1848. Il se présente de suite à la consultation de l'hôpital Saint-Pierre. Il offre à la partie interne du poignet une large plaie ; l'artère cubitale est divisée, ainsi que les tendons du cubital antérieur et les deux tendons internes du fléchisseur sublime. On commence par lier les deux bouts de l'artère d'où le sang coule en abondance ; pour trouver le bout supérieur, on doit faire une incision longitudinale, ce qui donne à la plaie à peu près la forme d'une incision en T. On va ensuite à la recherche des tendons, qui sont rétractés dans leurs gaînes ; on saisit

d'abord le bout supérieur de chacun d'eux, on l'attire au dehors à l'aide de pinces à dents de souris, et on y passe un fil; puis on tâche de saisir avec les pinces le bout inférieur correspondant, on y passe le même fil, et, en liant ensemble les extrémités du fil, on réunit les deux bouts. Trois points de suture sont ensuite pratiqués à la peau pour maintenir les lèvres de la plaie rapprochées.

Cela fait, on procède au pansement. La main est fléchie à angle droit sur l'avant-bras; une bande roulée est appliquée, de manière à laisser à nu la plaie, qui est recouverte d'un linge fenêtré et de charpie. Alors, pour maintenir la main fléchie, on place une bande pliée en double, longitudinalement, de manière que, appliquée d'abord sur la face dorsale de l'avant-bras et de la main, elle se recourbe autour de l'extrémité de celle-ci pour venir recouvrir la face palmaire. Cette bande longitudinale est maintenue par une bande roulée. On applique ensuite deux cartons dorsaux superposés, coudés à angle droit de manière à maintenir le poignet fléchi; on les fixe par une bande roulée; enfin, on les renforce encore par une plaque en zinc également recourbée au niveau du poignet, et tenue aussi en place par une bande roulée.

Le 24 mai, on incise le bandage le long du bord interne de l'avant-bras et de la main, puis on fait une incision transversale vis-à-vis de la plaie, afin de la mettre à nu; on réunit les valves, puis on fait le pansement.

Le 26, on visite de nouveau le membre; il n'y a pas d'inflammation étendue; il y a seulement un peu de gonflement des lèvres de la plaie.

Le 4 juin, la plaie est presque entièrement cicatrisée; on renouvelle l'appareil; il y a encore un peu de suppuration, mais les tissus voisins sont tout à fait à l'état normal. Le blessé ne peut fléchir les doigts. Quelques jours après, il quitte l'hôpital parfaitement rétabli; il ne lui reste qu'une grande raideur dans les doigts de la main droite, et surtout dans les deux derniers.

Plaie de l'articulation du poignet.—Section de l'artère radio-palmaire.

Obs. V. — Rosalie Wammiens, ménagère, âgée de trente-quatre ans, s'est blessée, le 11 juin 1848, avec un morceau de verre au dessus de la région thénar de la main droite; la plaie a environ un pouce d'étendue; elle pénètre dans l'articulation; l'artère radio palmaire a été ouverte. Les deux bouts de cette artère sont liés; la plaie est réunie

par trois points de suture et des bandelettes agglutinatives ; ensuite on met le poignet dans une légère flexion, le pouce rapproché de la paume de la main, pour tenir, autant que possible, les lèvres de la plaie en contact. Cette position est maintenue par le bandage amidonné : une bande roulée entoure d'abord le membre ; puis la flexion est assurée par une attelle en carton recourbée, placée sur le dos de la main et de l'avant-bras. Une ouverture à l'appareil est laissée vis-à-vis de la plaie.

Le 15 juin, l'appareil est renouvelé ; tout va bien ; il y a un peu de gonflement.

Le 24, il n'y a pas d'inflammation ; on enlève les fils à ligature ; on remet l'appareil comme précédemment ; le recollement est déjà en partie opéré ; on recouvre les surfaces bourgeonnantes avec des bandelettes agglutinatives.

CHAPITRE VI.

CICATRISATIONS VICIEUSES.

La méthode amovo-inamovible est d'un grand secours, soit pour prévenir la formation de cicatrices vicieuses dans les plaies qui manifestent cette tendance, soit après l'ablation d'une cicatrice difforme pour ramener le membre à l'état normal.

Ainsi, lorsqu'il s'agira d'une plaie suppurante à large surface, comme celle produite par une brûlure, qui se termine si souvent par une cicatrice irrégulière entraînant la rétraction des parties et des difformités désagréables et incommodes, on empêchera une tendance aussi pernicieuse par l'application méthodique du bandage amidonné : la compression douce qu'il exercera tout en maintenant le membre dans sa position la plus avantageuse, et en permettant les pansements nécessaires, favorisera l'établissement d'une cicatrisation exempte de difformité.

Lorsqu'après une opération ayant pour but d'enlever une cicatrice vicieuse et de faire disparaître la difformité qui en était le résultat, on aura replacé les parties dans leur position naturelle, l'appareil amovo-inamovible sera le moyen le plus efficace pour les y maintenir jusqu'à l'entière guérison des plaies. Par son moyen, celles-ci pourront être pansées en même temps que l'on imprimera aux parties une direction et une attitude normales, que plus tard elles conserveront.

Observations cliniques. — *Rétraction des deux genoux par cicatrices vicieuses, suites de brûlures.*

Obs. I. — Au mois de juin 1847, un père amène à l'hôpital Saint-Pierre sa fille âgée de treize ans. Les plis des deux genoux sont occupés par des cicatrices qui tiennent forcément les jambes fléchies sur les cuisses, à un angle de 45° environ. Ces cicatrices proviennent de brûlures que cette enfant se fit à l'âge de sept ans, en jouant avec des charbons ardents qui mirent le feu à ses vêtements. De chaque côté on voit, à partir du tiers inférieur de la cuisse, un tissu innodulaire, induré, d'apparence nacrée, s'étendant le long de la jambe jusqu'à la racine du mollet. L'espace occupé par ce tissu a la forme d'un quadrilatère composé de deux triangles opposés base à base, et ayant leurs sommets, l'un au tiers inférieur de la cuisse, l'autre à la racine du mollet. Ces sommets semblent réunis par une bride forte et saillante (fig. 100).

Fig. 100.

On représente au père les dangers de l'opération ; cependant il insiste pour qu'on la fasse. En conséquence, on se décide à la pratiquer, le 26 juin, mais seulement sur l'un des deux membres et non sur tous deux à la fois. L'enfant est couché sur le ventre ; on lui fait respirer du chloroforme, et aussitôt qu'elle est insensible, M. Seutin, procédant d'après la méthode de M. Jules Guérin, enlève tout le tissu inodulaire en coupant dans la peau saine qui l'environne. Il coupe ensuite l'aponévrose superficielle, puis les tendons des muscles biceps, demi-tendi-

neux et demi-membraneux. Alors seulement le membre peut être complément redressé (fig. 101).

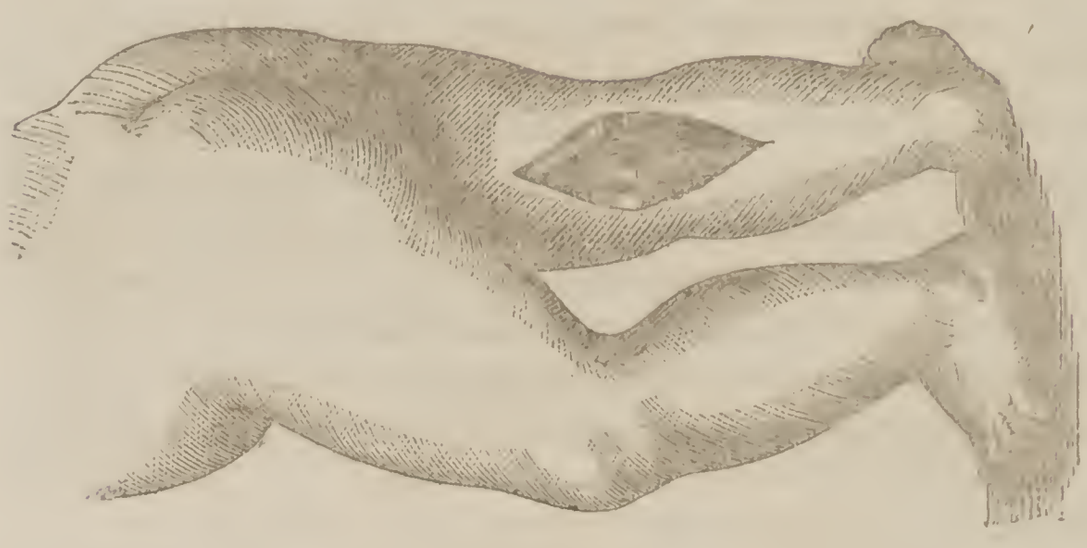

Fig. 101.

Le chloroforme avait produit son effet ; la malade revenue à elle, déclara n'avoir rien senti.

Les lèvres de la plaie sont maintenues par quelques bandelettes de sparadrap, puis on la recouvre d'une compresse fenêtrée cératée. Le membre est entouré jusqu'en haut de la cuisse d'une bande roulée, dont les tours sont percés d'une série de trous au niveau de la plaie, pour permettre l'écoulement de la suppuration. Un cordon compressimètre est appliqué au-dessous, depuis la partie moyenne de la cuisse jusqu'au milieu de la jambe, pour qu'on puisse couper le bandage dans cette étendue et visiter la plaie, sans toucher au reste. Pour conserver au membre sa position étendue, on applique latéralement deux longues attelles en carton, allant du haut de la cuisse au pied ; elles sont renforcées au niveau du genou par deux attelles en zinc. Ces attelles sont fixées par des bandes, auxquelles on pratique, au niveau de la plaie, des trous répondant à ceux de la première bande. Le tout est maintenu à l'aide de l'amidon. On termine le pansement en recouvrant ces ouvertures avec un gâteau de charpie couvert d'ouate (fig 102).

Les jours suivants, il survient un peu de fièvre ; on incise le bandage tout le long du compressimètre, c'est-à-dire de la partie moyenne de la cuisse à celle de la jambe, puis sur les deux extrémités de cette section on en fait tomber perpendiculairement deux autres. Ces trois incisions circonscrivent une fenêtre, qu'on peut à volonté relever et

abattre, sans rien déranger, ce qui permet d'inspecter la plaie quand on le veut (fig. 103).

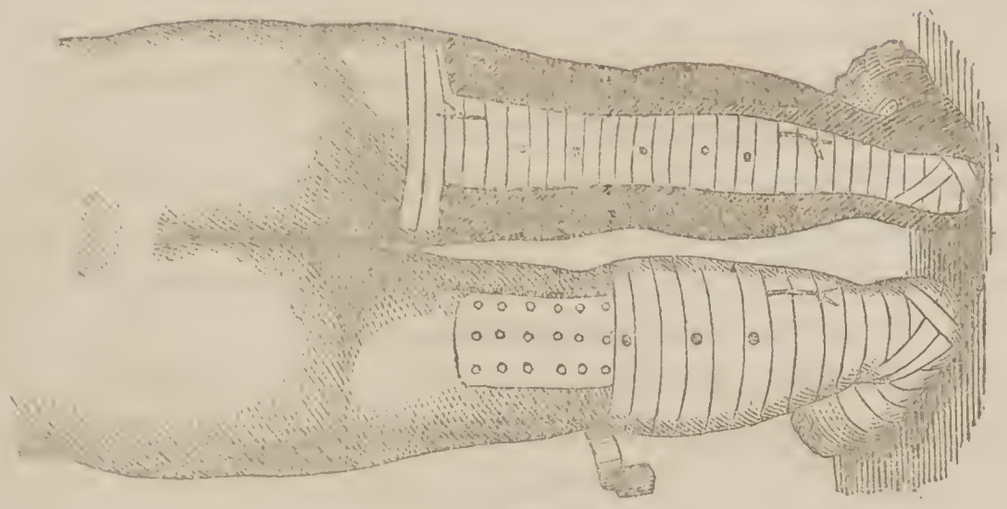

Fig. 102.

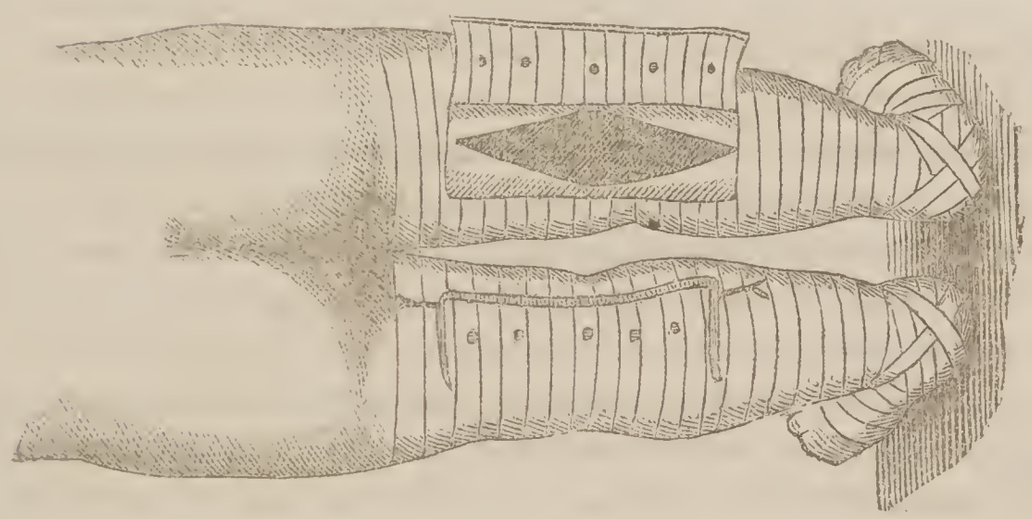

Fig. 103.

Celle-ci offre un aspect satisfaisant, une couleur rouge vermeille, et verse une quantité modérée d'un pus louable. La santé générale reste très-satisfaisante.

Dans ces conditions, on pratiqua, le 5 juillet, l'opération sur le membre droit. Au lieu d'inciser le tissu inodulaire, comme le fait M. J. Guérin, on l'incisa transversalement, puis comme précédemment on coupa l'aponévrose et les tendons des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux. Cette modification est basée sur ce que dans la première opération, l'incision a à peine produit un peu d'allon-

gement, et a ainsi donné lieu inutilement à la formation d'une vaste plaie. Le membre est ensuite placé dans l'extension et entouré d'un bandage amidonné en tout point semblable à celui décrit précédemment.

Jusqu'au 12 juillet, l'aspect des deux plaies et l'état général restent satisfaisants; l'enfant est placée pendant toute la journée dans une vaste cour bien aérée. Mais à partir de ce jour, les chairs pâlissent, la suppuration augmente, il y a de l'affaissement, de la fièvre. Le 17, les deux plaies deviennent grisâtres; le pied gauche s'infiltre; on ouvre un petit abcès, qui s'est formé au dessus et à la partie interne du genou gauche, et il s'en écoule un pus séreux; la peau dans cet endroit est assez largement décollée. La fièvre augmente, les nuits sont mauvaises, l'enfant devient triste.

Le 23, on enlève l'appareil, et on le remplace par des bandes en flanelle pour donner de l'activité à la circulation. La plaie droite est grisâtre; la gauche offre une tache noirâtre de la largeur d'une pièce de vingt-cinq centimes. Suppuration abondante. Pansement avec l'onguent de céruse.

Les jours suivants, frissons, marasme, pouls à 160; des eschares se forment au sacrum. Le 30 survient du délire. On panse deux ou trois fois par jour et on soutient les forces par des toniques.

Mort au commencement du mois d'août, dans le marasme le plus complet, au milieu des symptômes de l'infection purulente. L'autopsie n'a pu être faite.

Cet événement malheureux est évidemment indépendant de toute méthode. Le mode de pansement adopté n'en a pas moins maintenu, dans toute leur rigueur, les résultats de l'opération et n'en a pas moins continué l'œuvre qu'avait commencée la main du chirurgien.

Rétraction des doigts de la main droite.

Obs. II. — François Parisse, âgée de onze ans, de tempérament lymphatico-sanguin, affecté de surdité, se présente, le 4 avril 1848, à l'hôpital Saint-Pierre, pour être opéré d'une rétraction des trois derniers doigts de la main droite. Cette rétraction reconnaît pour cause une cicatrice vicieuse, suite d'une brûlure produite, il y a deux ans, par l'eau bouillante. Les trois derniers doigts sont fléchis, de manière que le petit doigt touche presque la paume de la main; l'annulaire l'est un peu moins, et le médius moins encore. L'index et le pouce sont bien

aussi un peu gênés par la cicatrice, mais pas assez pour motiver une opération. Le tissu inodulaire s'étend le long de la face palmaire des trois derniers doigts, à peu près jusqu'à l'extrémité de la première phalange. Ce cas ressemble parfaitement à celui figuré par M. J. Guérin, dans une brochure qu'il a publiée sur ce sujet.

M. Seutin fit l'opération d'après le procédé indiqué par le chirurgien de Paris, c'est-à-dire, qu'il détacha des tissus environnants le tissu inodulaire, en empiétant un peu sur eux de manière à former à la face palmaire de chaque doigt, une languette adhérente à sa base. L'avant-bras étant solidement maintenu par un aide, et le pouce et l'index par un autre aide, M. Seutin plongea le bistouri droit sous la bride du médius, de son bord radial vers son bord cubital, de manière que l'ouverture d'entrée et celle de sortie se trouvassent dans la peau saine ; il glissa ensuite le tranchant du bistouri d'arrière en avant, toujours au-dessous de la bride, de manière à les détacher des parties sous-jacentes ; puis, arrivé à son extrémité, il le releva et acheva ainsi le lambeau en forme de languette. Aussitôt l'aide, qui tenait le pouce et l'index, saisit le médius et le maintint dans l'extension, devenu possible grâce à l'opération. La même opération fut pratiquée sur le doigt annulaire et sur le petit doigt, qui furent également maintenus redressés par l'aide. Ce dernier ne se laissant pas encore parfaitement étendre, on coupa transversalement des brides qui paraissaient exister vers le milieu de la région hypothénar, ce qui rendait l'extension un peu plus facile.

Cela fait, M. Seutin entoura chaque doigt isolément d'une bande, puis la main entière et la moitié de l'avant-bras. L'extension fut maintenue au moyen d'une attelle palmaire en carton renforcée par une plaque de zinc. Le 8 avril, l'appareil est défait ; les doigts ont gardé leur position, sauf le petit doigt dont les première et deuxième phalanges forment un angle, comme s'il y avait entre elles une semi-luxation ; il est impossible d'effacer cet angle. Il y a du gonflement à la main. On réapplique l'appareil.

Le 11 avril, on visite de nouveau ; inflammation moindre ; suppuration louable.

Parisse ne reste pas l'hôpital ; il revient se faire panser tous les trois ou quatre jours. Le 11 juin, la cicatrisation est complète; les doigts sont complètement étendus, sauf le petit, dont la deuxième phalange est encore toujours légèrement fléchie sur la première. L'immobilité a rendu les mouvements des doigts difficiles, et la flexion dans la paume de la main impossible. On applique encore une attelle en carton sec,

pour empêcher que la flexion ne se reproduise ; mais on recommande de l'ôter de temps en temps pour exercer les doigts aux mouvements, et remédier ainsi à l'ankylose incomplète dont ils sont atteints.

Réunion congéniale des deux derniers doigts de la main gauche ; séparation.

Obs. III. — Florimond Berden, enfant âgé de quatre mois, a les deux derniers doigts de la main gauche soudés dans toute leur longueur. L'exploration apprend que leurs tiges osseuses sont distinctes, et que par conséquent la séparation est possible. L'opération est pratiquée le 22 mai 1848, au moyen du bistouri ; les deux doigts sont séparés jusqu'au delà des articulations métacarpo-phalangiennes. Ils sont ensuite entourés d'une bande provisoire, et, au bout d'un quart-d'heure, quand l'écoulement de sang a presque cessé, on procède au pansement définitif. Chacun de ces deux doigts est entouré d'une bande roulée ; puis une autre enveloppe simultanément tous les doigts, la main et l'avant bras. L'immobilité est maintenue à l'aide d'une attelle palmaire en carton ; le tout est collé par l'amidon.

Le 26 mai, le petit malade n'a pas souffert ; on défait l'appareil, et on trouve les surfaces vives, bourgeonnantes, baignées par un pus louable ; il y a un gonflement inflammatoire qui s'étend à toute la main. Réapplication de l'appareil.

Le 28 mai, on défait de nouveau l'appareil ; la suppuration reste louable ; la main est moins gonflée.

Le 6 juin, une partie des surfaces est déjà cicatrisée ; il y a encore du gonflement, mais il est borné aux parties opérées ; on renouvelle l'appareil. Aujourd'hui, 28 juin, la cicatrisation est complète, et les deux doigts sont parfaitement isolés.

CHAPITRE VII.

DIFFORMITÉS.

L'appareil amovo-inamovible, par la propriété dont il jouit de se mouler exactement sur les parties, et de maintenir celles-ci dans une position constamment la même dès qu'il est sec, est d'un puissant secours dans le traitement orthopédique des difformités des membres ou de celles occasionnées par un état maladif quelconque d'une articulation. Ces anomalies morbides, dont le siége est dans le système osseux, plus

fréquentes dans le bas âge, souvent congéniales, sont dues à un défaut d'assimilation des substances cartilagineuse et calcaire, ou à la prépondérance d'action de certains muscles, quelquefois à ces deux causes à la fois : tels sont le pied-bot, le pied équin, etc., etc.

L'expérience a prouvé que plus l'enfant est jeune, quand on entreprend le traitement, plus on a de chances de succès ; tandis qu'elle est souvent incurable, à moins d'opérations sanglantes, si on a laissé persister la difformité jusqu'à un certain âge. Le chirurgien, pour ramener la partie à sa forme naturelle, doit savoir se rendre compte, l'anatomie physiologique venant à son aide, des raisons qui ont amené la déviation, afin de pouvoir la combattre. Ces notions une fois acquises, il pourra décider les moyens d'action qu'il faudra employer et, conséquemment, le mode de confection de l'appareil qu'il se propose d'appliquer. Des praticiens qui ont fait de ces maladies une étude spéciale, ont inventé des appareils ingénieux pour parvenir à ce résultat, mais ces instruments plus ou moins compliqués et plus ou moins coûteux, et loin d'être à la portée de tout le monde, ont le défaut d'être trop mécaniques et de ne pas permettre de calculer leurs degrés de puissance et de pression. Il faut agir ici de manière à ne point produire de douleur, d'inflammation ni de lésion quelconque, et c'est ce que ne permettent pas de réaliser les appareils orthopédiques dont il s'agit. Ces avantages, l'appareil amovo-inamovible les réunit tous.

Lorsque la partie déformée peut être ramenée dans sa direction normale à l'aide de pressions et autres manœuvres manuelles, tel serait un pied-bot, un bandage amidonné avec des attelles en carton autour du membre, servira admirablement à la maintenir dans cette position, si on a eu soin de placer une ou plusieurs attelles solides ou tuteurs jusqu'à la dessiccation de l'appareil. A chaque fois qu'on réappliquera celui-ci, les parties seront redressées davantage et graduellement, et on ne le supprimera que quand on aura la certitude que toute tendance à la déviation a disparu.

Quand il s'agit de la courbure d'une os, le bandage sera construit de manière à en opérer graduellement le redressement ; son action sera beaucoup plus lente, car elle devra en quelque sorte marcher avec la croissance du sujet.

La difformité est-elle le résultat d'un ramollissement des os, le sujet est-il scrofuleux, l'action du bandage amidonné devra être aidée par un régime analeptique, par l'usage de l'huile de foie de morue à l'intérieur, et par le séjour dans un lieu salubre et où l'on respire un air pur, etc.

Les exemples de succès par ce traitement sont nombreux en Belgique : j'en compte beaucoup dans ma pratique, et MM. Baud et Craninx, professeurs à l'Université de Louvain, entre autres, en ont obtenu de très-remarquables M. le docteur Thirion, de Namur, qui a également eu de beaux résultats à enregistrer, s'exprime ainsi dans l'ouvrage qu'il a publié : « Il est donc reconnu, et par le raisonne-
« ment et par l'expérience, que l'appareil amidonné dans les cas de
« difformités qui nous occupent, prévaut sur ceux qui ont été proposés
« avant lui, soit à cause de sa douceur et de l'inamovibilité de son
« action, soit parce qu'il est léger, d'un prix bas, et facile à se pro-
« curer partout; avec les procédés anciens que le génie a inventés
« presque pour chaque espèce de difformité, on provoquait des désor-
« dres locaux dépendant de l'impossibilité d'apprécier le degré de leur
« action, et dès lors on devait attendre la guérison des lésions qu'ils
« avaient fait naître, avant d'en reprendre l'usage; avec eux, le plus
« souvent, les malades étaient privés de la déambulation, et cependant
« malgré ces inconvénients et plusieurs autres que l'on pressentira,
« on obtenait beaucoup de guérisons. Force est donc d'avouer que le
« procédé Scutin doit obtenir une préférence incontestable, préférence
« acquise par des notabilités chirurgicales belges. Par ces motifs, je
« crois inutile de rapporter en sa faveur, des faits qui me sont propres,
« et subsidiairement parce que, en Belgique surtout, cette vérité ne
« peut plus devenir l'objet de la moindre contestation (1). »

Il est des cas de pied-bot qui nécessitent la section sous-cutanée du tendon d'Achille, il en est d'autres de contraction permanente ou de raccourcissement des muscles, produisant une difformité, qui exigent la même opération. Rien n'est plus propre alors que l'appareil amovo-inamovible, pour maintenir la partie dans une bonne position et les bouts divisés du tendon ou des muscles éloignés l'un de l'autre, jusqu'à leur cicatrisation, et aussi pour empêcher la reproduction de la difformité.

CHAPITRE VIII.

ANÉVRYSME ET PLAIES DES ARTÈRES.

Parmi les moyens proposés pour la cure des anévrysmes, la compression pratiquée d'après les procédés de Theden, Guattani,

(1) Ouvrage cité.

Monteggia, Foubert, etc., compte de nombreux succès. Les faits consignés dans les annales de la science, imposent au chirurgien l'obligation de recourir à ce moyen, avant d'entreprendre une opération plus grave, toutes les fois que la maladie n'a pas fait assez de progrès pour rendre la compression inutile. Tous les auteurs donnent le précepte de comprimer le plus directement possible sur le trajet de l'artère, au-dessus de l'anévrysme, afin de favoriser la dilatation des branches collatérales et de ne pas gêner le retour du sang, et de comprimer, en même temps la poche anévrysmale afin de favoriser la formation du caillot. A cette fin, on place sur le trajet de l'artère et sur la tumeur même, des compresses graduées, que l'on élève en pyramide plus ou moins saillante, et par-dessus, une plaque de carton et quelques compresses longuettes qui se croisent en forme d'X et entourent le membre ; on maintient le tout par quelques tours de bande. Cela fait, on donne plus de solidité au bandage en appliquant une nouvelle bande roulée amidonnée dont les doloires recouvrent successivement la première couche de l'appareil ; on aura eu soin d'appliquer au préalable, le gantelet et un bandage roulé depuis l'extrémité du membre jusqu'à l'endroit où l'on comprime, afin d'éviter l'engorgement de la partie qui se trouve au delà de la tumeur. On enveloppe donc successivement les doigts ou les orteils et la partie inférieure du membre, d'un bandage roulé dont la seconde couche de doloires seulement est amidonnée; on passe de nouveau sur l'appareil primitivement placé, et on termine à la partie supérieure du membre, en ayant soin de serrer moins la bande à mesure qu'on se rapproche du tronc, autour duquel on fixe l'appareil par quelques circulaires méthodiquement appliqués.

Le bandage amidonné ainsi fait, n'est pas sujet à se relâcher, comme les bandages ordinaires ; la compression qu'il exerce est permanente et l'on n'est pas obligé de le renouveler souvent. Mieux que tout autre, il remplit le but que l'on se propose d'atteindre ; la faculté que l'on a de pouvoir l'ouvrir à volonté, en l'incisant longitudinalement, permet de graduer convenablement la compression et d'empêcher l'afflux du sang dans l'artère et la tumeur, condition essentielle à la guérison et que l'on ne remplit qu'imparfaitement à l'aide du bandage compressif ordinaire.

Ma méthode, je ne crains pas de le dire, est ici bien supérieure au tourniquet de J.-L. Petit, au compresseur de Dupuytren et autres moyens analogues inventés dans le même but, celui de déterminer l'adhérence mutuelle des parois du vaisseau en interceptant la circula-

tion et en favorisant la résorption des liquides contenus dans le sac anévrysmal, et partant, la cessation des battements de la tumeur. Ils peuvent, du reste, être appliqués au-dessus du bandage jusqu'à sa dessiccation ; inutile d'ajouter que toutes les autres méthodes préconisées pour le traitement des anévrysmes, celle de Valsalva, celle de M. Pétrequin et autres, peuvent également être mises en usage. Des faits assez nombreux observés dans ma pratique et dans celle de quelques médecins mes compatriotes, ne laissent aucun doute sur la vérité de cette assertion. M. le docteur Thirion, qui a traité cette intéressante question dans son ouvrage (1), partage entièrement ma manière de voir à ce sujet; il s'exprime ainsi : « Quant au moyen de compression sur « lequel le choix doit tomber, nous pensons que c'est sur le *bandage* « *amidonné*. Sans doute que le tourniquet de J.-L. Petit, lorsque son « application est possible, est un instrument aussi puissant qu'ingé- « nieux ; qu'il en est de même de celui de Dupuytren, quoique par sa « forme il puisse souvent se déranger, et qu'il ne préserve pas du gon- « flement la partie du membre inférieur à l'endroit comprimé. Avec « le bandage amidonné, on établit une compression sur toute la partie « inférieure à l'anévrysme, et par ainsi on prévient non-seulement « l'œdème, mais on rétrécit les actes de la circulation et de l'innerva- « tion, d'où diminution de l'appel du sang artériel, et plus de facilité « de réduire la tumeur. Quant à la compression sur l'artère au-dessus « de l'anévrysme, elle se fait encore avec le bandage de M. Seutin, « d'une manière exacte, solide, immobile et durable. Il n'impose pas « au malade un repos aussi absolu que le tourniquet, attendu qu'il « n'est pas susceptible de se déranger comme ce dernier. Placé avec « toutes les précautions convenables, et en ayant soin de bien ajuster « sur l'artère une pile de compresses cartonnées et amidonnées, ce « bandage peut rester un mois en place; et, au bout de ce temps, « l'oblitération est le plus souvent complète ou sur le point de l'être. »

L'auteur que je viens de citer, en preuve de ce qu'il avance, rapporte le fait d'un garçon de la campagne, atteint d'un anévrysme de l'artère poplitée dont il obtint la guérison complète à l'aide du bandage amidonné qui resta appliqué depuis le 10 janvier 1838 jusqu'au 28 mars de la même année.

Le bandage amidonné n'est pas moins utile pour arrêter les hémorragies résultant de la lésion d'une artère faite par un instrument

(1) Ouvrage cité, page 143.

piquant, tranchant ou contondant, ainsi que pour obtenir la cicatrisation de la plaie, chaque fois que la compression peut être établie sur le trajet du vaisseau. Il a sur le bandage roulé ordinaire et même sur diverses machines plus ou moins ingénieuses, une supériorité incontestable. On peut à son gré et selon l'indication, faire porter la compression sur le point voulu, outre que l'appareil exerçant son action sur tout le membre à la fois, ralentit la circulation dans toute l'étendue de cette partie, favorise ainsi la diminution du calibre des artères, et partant, la cicatrisation de la plaie.

La piqûre de l'artère au pli du bras résultant d'une saignée mal faite, a été traitée et guérie par le bandage roulé ordinaire, c'est là un fait acquis à la science. Que ne doit-on pas attendre, en pareille circonstance, du bandage amidonné qui réunit la solidité à l'immobilité la plus parfaite ?

Il est impossible, dans les affections dont il est ici question, de tracer des règles pour la confection de l'appareil. Cela dépend de l'artère lésée et de diverses circonstances que je ne puis énumérer ; le génie du chirurgien doit pouvoir combiner les moyens de compression de manière à agir le plus directement possible sur le vaisseau blessé, au-dessus de la plaie, en ménageant le tronc veineux, afin de ne pas gêner la circulation veineuse.

CHAPITRE IX.

VARICES.

Dans les varices des extrémités inférieures, le bandage amidonné remplace avantageusement le bas lacé en coutil, en caoutchouc, en toile ou en peau de chien, dont on se sert généralement ; il n'a pas, comme ce dernier, l'inconvénient de se déranger souvent, de se froncer, et mieux que lui, il embrasse exactement toute l'étendue du membre en s'accommodant avec tous les accidents de sa forme, et peut s'étendre, s'il est nécessaire, à la cuisse où il se maintient avec la même facilité. Ce bandage est facile à construire : il se compose d'une bande roulée que l'on applique depuis les orteils jusqu'au-dessus du point variqueux, et dont les doloires sont amidonnées, à l'exception de celles qui sont en contact immédiat avec la peau. Après deux couches de doloires contentivement appliquées, il est avantageux de faire usage d'un carton légèrement mouillé et amidonné, garni de linge et dont les bords ont été amincis, qui se module faci-

lement sur la partie où il est appliqué, et qui évite, comme nous l'avons dit plus haut, l'action fâcheuse des replis que les bandes occasionnent sur la peau. C'est surtout lorsque les varices sont nombreuses et ont amené un état érythémateux de la peau que cette modification convient. Elle est très-nécessaire pour éviter les chocs des corps extérieurs. La plaque de carton qui se sera modelée sur la partie où elle est appliquée, peut servir pendant longtemps et n'a pas besoin d'être renouvelée chaque fois que le bandage doit être ôté, soit pour laver le membre, soit pour faire le pansement. Les pansements des varices et des ulcères qui les accompagnent, exigent trop fréquemment des modifications pour que je puisse ici les indiquer toutes ; c'est au praticien de les saisir. Les tours de bande doivent être serrés médiocrement et de manière à exercer une compression égale et uniforme partout. L'emploi de ce moyen longtemps continué, rend aux veines plus de tonicité et suffit quelquefois pour amener la guérison, lorsque les varices ne sont pas le résultat d'un obstacle mécanique au cours du sang existant dans la cavité abdominale ou dans la poitrine.

CHAPITRE X.

HERNIES CHEZ LES ENFANTS.

On sait que chez les enfants on peut se promettre d'obtenir la cure radicale des hernies par la compression de l'orifice qui livre passage aux viscères déplacés. Pour arriver à un pareil résultat, il faut que cette compression soit bien établie et longtemps continuée. Les brayers élastiques ne remplissent pas convenablement cette indication, car ils se maintiennent difficilement en place et ont l'inconvénient d'excorier la peau, si délicate chez les enfants. Un spica de l'aine ou tout autre bandage roulé, approprié à la circonstance, recouvrant des compresses placées sur l'anneau livrant passage à la hernie, dont les doloires seront amidonnées, s'accommodera parfaitement aux parties, et aura l'avantage de ne point se relâcher et de maintenir la compression d'une manière permanente et invariable. De l'ouate placée entre la peau et le bandage, dans les endroits où celui-ci pourrait exercer des frottements, rendra sa pression douce et préviendra l'érythème de la peau, etc. Pour éviter que le bandage ne se salisse par les urines, on peut le recouvrir avec un morceau de taffetas ciré que l'on attache avec des épingles.

Chez les adultes, il est bien rare que les brayers ordinaires puissent être fixés invariablement. Un spica bien amidonné, appliqué au-dessus du bandage herniaire, afin de maintenir la pelote fixement sur l'anneau et le trajet du canal, peut, dans certaines circonstances, aider à obtenir une guérison radicale.

Pour la hernie ombilicale chez les enfants en bas âge, j'ai imaginé un autre moyen de compression que j'ai fait connaître en 1845 (1) et que j'emploie avec le plus grand succès depuis plus de vingt-cinq ans. Ce moyen consiste dans un bandage exerçant une contention exacte et assurée des parties herniées, sans jamais produire de compression nuisible, mais assez forte pour suppléer à la faiblesse de la paroi abdominale, et de résister à la pression des intestins. Ce bandage, d'une confection facile et peu coûteuse, se compose 1° d'une bande de sparadrap assez longue pour envelopper les deux tiers ou les trois quarts du ventre de l'enfant, large d'environ quatre travers de doigt, et échancrée sur les bords, afin qu'elle puisse s'adapter régulièrement aux sinuosités des parties ; 2° d'une boulette d'ouate, dont le diamètre est un peu plus grand que l'ouverture de la hernie : je préfère l'ouate à la compresse graduée, parce quelle a l'avantage de n'exercer qu'une très-faible compression sur le pourtour de l'anneau qui la déprime facilement. Ces pièces d'appareil étant préparées, l'enfant est couché sur une table, les épaules et la tête soulevées par un coussin ; deux aides le maintiennent, d'une main, dans cette position, tandis que de l'autre main, ils aident le chirurgien. Celui-ci réduit la hernie, place la petite boulette d'ouate sur l'ouverture et l'y maintient avec le doigt indicateur ; puis, avec le pouce et le doigt médius de la même main, il ramène la peau de chaque côté, de manière à encadrer l'ouate dans un double pli longitudinal qui est achevé et maintenu du côté opposé, par l'un des aides. (Fig. 104).

Alors l'une des extrémités de la bande de sparadrap est appliquée sur la région lombaire où elle est maintenue par la main de l'aide; le chirurgien ramène l'autre extrémité au côté opposé en tirant suffisamment dessus pour maintenir les plis de la peau tels qu'ils ont été formés. Les doigts placés sur l'ombilic, abandonnent les parties qu'ils contenaient, peu à peu et à mesure que le sparadrap y supplée par son adhérence à la peau. (Fig. 104).

(1) Voir *Journal de médecine, de chirurgie*, etc., publié par la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, numéro de mai 1845, page 315.

Fig. 104.

On entoure ensuite le ventre de l'enfant de quelques tours d'une bande de toile légèrement amidonnée, de manière à recouvrir toute la bande emplastique. La bande de toile n'étant placée que pour faire adhérer le diachylum, on l'enlève quelques heures après son application. (*La suite à un prochain numéro.*)

CONSIDÉRATIONS SUR L'EMBRYOTOMIE ET L'OPÉRATION CÉSARIENNE, SUIVIES D'OBSERVATIONS NOUVELLES D'APPLICATION DE FORCEPS-SCIE;

Par le docteur VANHUEVEL, chirurgien de la Maternité de Bruxelles.

Suite et fin, *voir* t. XXXIII, octobre 1850, p. 55.

Lorsqu'un bassin est tellement rétréci qu'il empêche le sommet de pénétrer dans son ouverture supérieure, la distance de celle-ci jusqu'à la commissure vulvaire n'atteint pas 5 pouces. La tête s'y place ordinairement en travers, la base en haut et en avant, de manière qu'on la saisirait, pour la couper, dans le sens d'une ligne qui s'étendrait d'une bosse pariétale jusqu'au dessous de l'oreille opposée, ou si la position est moins transversale, depuis la région occipitale jusqu'au dessous du nez : or, ces diamètres du crâne ne mesurent au plus que 4 pouces à 4 1/2 pouces qui, joints à la hauteur du petit bassin, ont ensemble de 9 pouces à 9 1/2 pouces de longueur, longueur des cuillers elles-mêmes. Au besoin, on peut faire repousser à l'intérieur le périnée par les mains

des aides, et diminuer encore l'étendue vulvo-marginale. Que la tête, si l'on veut, reste au dessus du détroit ou qu'elle s'allonge en partie dans l'excavation, la distance de la base jusqu'à la vulve ne peut que décroître par le travail, et rendre la section complète plus facile; car l'allongement des parties molles et de la voûte du crâne dans le bassin ne saurait jamais former un obstacle à l'application du forceps-scie. Enfin, j'ai observé, quand il y avait un commencement de pénétration de la tête, que sa division totale n'était pas toujours nécessaire pour l'extraire en entier : à la suite d'une section qui ne s'étendait pas au-delà du nez, j'ai vu le cerveau s'écouler, les segments s'aplatir et la tête sortir aux premières tractions du forceps. Mais supposons que la division soit incomplète, et qu'après l'écoulement du cerveau, on n'ait pu qu'attirer le fœtus un peu plus bas : quel inconvénient y aurait-il à détourner le clou, à désarticuler les cuillers sans les retirer des organes, puis à les enfoncer plus profondément l'une après l'autre? Si la scie ne tombe pas dans la première rainure, on fera une seconde section, et le tout aura duré peut-être 8 à 10 minutes de plus, sans avoir occasionné aucun autre embarras.

3° Que la scie se brisait, qu'elle se graissait, qu'elle se tordait, qu'elle ne marchait enfin que par le concours de deux intelligences et de quatre mains exercées.

J'ai appliqué le forceps-scie une trentaine de fois, et n'ai vu que deux fois casser le crochet de la poignée, parce qu'il était trop mince. Il faut qu'il soit bien solide à présent, puisqu'il a résisté aux efforts de M. Seutin, dans son essai, peu convenable, fait à l'Académie sur une tête sèche et dure d'un enfant d'un an. Cependant si une nouvelle rupture avait lieu à la chaînette, on en serait quitte pour la remplacer : de là, l'utilité d'avoir une scie de rechange. Mais on préviendra cet accident, en modérant, en suspendant même les tractions, tant qu'on éprouve une trop forte résistance. Celle-ci provient de ce que les rainures du crâne et du forceps ne se correspondent plus, soit que la tête, après la sortie du cerveau, ait subi un mouvement de descente, soit que l'aide ait relevé le manche de l'instrument ; elle peut encore dépendre de ce qu'il a tourné trop rapidement la clé à cannelures. La meilleure manière de surmonter cet obstacle, c'est d'abaisser prudemment sur le périnée le forceps, s'il a été soulevé, et de faire détourner la clé jusqu'à ce que les mouvements de la chaînette redeviennent libres. Cette dernière manœuvre suffit en cas de pression exagérée de la scie contre la tête.

Quant à la scie qui se graisse, je n'en ai jamais éprouvé le moindre retard. Il est impossible aussi qu'elle se tarde, si on la

conduit d'une manière convenable : jamais cela ne m'est arrivé. Pour bien faire cette opération, il faut un peu d'exercice, un peu d'habitude, comme en toute chose : n'en faut-il pas pour pratiquer une version, et même pour une simple saignée? C'est l'opérateur qui doit seul guider de la voix les mouvements que l'aide communique à la clé. Cet aide n'agit donc point par lui-même, et n'est en quelque sorte qu'une machine, ainsi que celui qui tient le forceps contre le périnée, ne faisant l'un et l'autre que suivre les indications qu'on leur donne.

4° Une autre objection de M. Didot, c'est la difficulté qu'on rencontre pour extraire les morceaux après la section.

S'il avait été témoin de quelques délivrances rapides par le forceps-scie, alors même que la femme ne présentait que 2 pouces 1 ligne d'ouverture au diamètre sacro-pubien du détroit abdominal, il est probable qu'il n'eût point émis cette opinion. L'obstacle qu'on rencontre quelquefois à la sortie des segments, provient plutôt du resserrement de la partie inférieure de la matrice, que du bassin, quand son étroitesse ne s'étend pas trop loin. On sait que la section s'opère le long du bord antérieur des cuillers, c'est-à-dire, à 1 1/2 pouce de la paroi postérieure du canal pelvien. Le premier morceau étant extrait, et d'habitude sans peine, on conçoit le vide laissé derrière le morceau antérieur, qu'on peut diriger dès lors vers le sacrum, en l'éloignant du pubis qui l'arrêtait auparavant ; en outre, ce dernier morceau, susceptible d'être déformé par les tractions et le mouvement de rotation qu'on lui fait subir, est ordinairement en dessous des dimensions du bassin vicié. C'est donc la matrice, moulée sur le corps de l'enfant, qui résisterait le plus à sa sortie.

J'avais dit en principe qu'en cas de non réussite à extraire le premier segment, il fallait imprimer à la tenette des mouvements de torsion, de va et vient, pour rompre les adhérences. Je n'ai entendu parler que de mouvements alternatifs de pronation et de supination faits avec la main et l'instrument, pour briser un point osseux étroit, ou arracher quelque lambeau de peau ; car il serait impossible, en saisissant le bord des os minces de la voûte, de casser une large portion de la base, que la scie n'aurait pas entamée.

M. Didot me fait trop d'honneur en exceptant ma dextérité de la règle commune. Il semblerait qu'il faille être un opérateur habile comme M. Seutin, pour oser se servir du forceps-scie. S'il y a quelque hardiesse à porter le premier, hors de la vue et du toucher, un agent aussi destructeur qu'une scie à chaînette dans la profondeur des organes de la femme, l'exemple des succès obtenus

par ce moyen, la connaissance exacte du procédé, l'exercice, l'habitude du forceps ordinaire, ont bientôt dissipé toute crainte et aplani les difficultés. Il n'est pas de candidat en médecine qui, au bout d'une ou deux leçons, ne sache manier ce céphalotôme : pourquoi donc les praticiens de campagne ne le pourraient-ils pas ? Si l'on a si peu de confiance en leur adresse, que feront-ils lorsqu'il s'agira d'essayer la perforation et la désarticulation du crâne dans un bassin rétréci ?

En récapitulant ce qui a été dit précédemment, nous nous rappellerons qu'en dessous de 2 pouces, dans un diamètre quelconque, l'embryotomie ne doit plus être pratiquée, à moins de conditions particulières de position, de petitesse ou de putréfaction du fœtus ; que sauf cette exception, le forceps-scie est applicable dans tous les cas ; que c'est un moyen prompt, efficace et innocent pour la mère, quand il est bien employé, que son usage ne doit être précédé, accompagné, ni suivi d'aucune manœuvre violente. Ainsi, point de version préalable, s'il est possible de faire autrement ; point de tractions immodérées sur le forceps ou sur la tenette avant ou après la section ; point de secousses brusques avec la chaînette pour vaincre une trop forte résistance.

L'accoucheur, arrivant près d'une femme contrefaite et en travail d'enfant, doit s'assurer d'abord de l'état du bassin et de l'utérus, puis de celui de l'enfant. On commence, à l'aide du toucher, par reconnaître le siége et la nature de la viciation ; ensuite, avec un pelvimètre exact, on en détermine le degré. On examine la disposition du col, du segment inférieur et du corps de la matrice ; enfin, on apprécie le développement du fœtus, son état de vie ou de mort, la grosseur, la dureté ou la mollesse de la tête, si elle se présente. Avec ces données, on peut se convaincre de la nécessité d'intervenir dans la terminaison de l'accouchement. Si l'on suppose que le forceps ordinaire ou le levier suffira à cette fin, qu'on en fasse l'emploi, mais avec prudence et modération; si non, qu'on se décide à recourir directement, *eu égard aux indications et au vœu des intéressés* à l'opération césarienne ou à l'embryotomie, toute tentative qui ne conduirait pas immédiatement au but proposé étant nuisible et dangereuse. En attendant l'opération, qu'on mette la femme dans les conditions les plus favorables possibles, et le moment opportun venu, qu'on agisse sans retard ni hésitation. Ce n'est qu'en adoptant une marche franche et décidée qu'on peut espérer d'obtenir des succès. Je dois avouer cependant y avoir manqué quelquefois ; mais les revers m'ont bientôt appris qu'on a tout à perdre, en ne sachant point à temps prendre un parti convenable. L'observation suivante en est une nouvelle preuve.

Obs. Ier. — Le 5 décembre dernier, je fus appelé dans la soirée, par deux confrères, rue du Cabas, chez la femme Frosti, âgée de 26 ans, primipare, à terme et en travail depuis cinq jours. Quoique d'une constitution assez robuste, elle porte les traces du rachitisme dont elle a été affectée dans son enfance. Les tibias et les fémurs sont arqués en avant ; la région lombaire est fortement ensellée. En pratiquant le toucher, on arrive facilement à la saillie sacro-vertébrale ; il y a gonflement des organes génitaux externes, de la paroi antérieure du vagin, du canal de l'urètre et du col de la vessie. L'orifice utérin est ouvert un peu plus d'une pièce de 5 francs ; les bords en sont durs et épais, les eaux écoulées depuis quatre jours. C'est le sommet qui se présente, fixe et immobile sur l'ouverture du bassin : le cuir chevelu gonflé ne permet pas d'en distinguer la position. La matrice est étroitement contractée sur le corps du fœtus qui depuis l'avant-veille ne donne plus signe de vie. La femme est fatiguée, le pouls accéléré sans offrir de la plénitude ; la peau est chaude et sèche.

Mesuré par le petit pelvimètre géométrique, le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal n'a que 18 lignes d'étendue ; les autres diamètres ne semblent pas viciés.

J'engage cette malheureuse à entrer à la Maternité, où elle est reçue le même soir. On la met immédiatement au bain tiède, et on lui fait des injections continuelles dans le vagin pendant plus d'une heure. Le col, après le bain, paraît un peu moins dur ; l'espace sacro-pubien est de nouveau mesuré, et donne la même étendue, 18 lignes.

Comme la mort de l'enfant est évidente, et l'état de la matrice peu favorable pour l'opération césarienne après cinq jours d'un laborieux travail, nous sommes également éloignés, ces confrères et moi, de l'idée d'y recourir. Je propose l'application du forceps-scie, pour diminuer la pression de la tête sur les organes du bassin et favoriser la dilatation ultérieure du col. Cet avis ayant été adopté, les deux cuillers de l'instrument sont introduites *sans aucune difficulté ;* l'articulation se fait de même, et la section est achevée en 5 minutes ; mais le cerveau ne s'écoule pas. Je retire la chaînette, les lames conductrices de la scie, puis l'une et l'autre branche du forceps, sans que la femme se soit plainte de quelque douleur pendant toute l'opération.

Les contractions utérines sont assez fréquentes durant la nuit. Le matin, 6 décembre, le col est entièrement dilaté, mais la tête conserve son immobilité au dessus du détroit. La matrice est resserrée sur les fœtus. On essaie de faire l'extraction des segments : quelques fragments de la voûte sont seulement entraînés

par la pince. La femme est remise au bain et saignée. A 3 heures de l'après-midi, les tenettes et crochet mousse sont employés de nouveau sans résultat. On tente alors d'aller à la recherche des pieds pour faire la version. Malgré les attitudes favorables données à la patiente, *la main étroite et délicate* de la maîtresse sage-femme, aidée même de mes pressions sur son coude, ne peut pénétrer assez avant pour arriver aux extrémités inférieures : elle est arrêtée par la saillie sacro-vertébrale et serrée, derrière la tête, comme dans un étau. Après de longues tentatives et des peines infinies, elle parvient enfin à l'épaule, puis au bras gauche qu'elle amène, ne pouvant pas aller au-delà. On tire sur ce membre dans l'espoir d'éloigner la tête et d'approcher le tronc de l'entrée du bassin : les chairs s'allongent considérablement, et finissent par se rompre au niveau de la fracture qu'il y avait à l'humérus, sans que l'épaule se soit engagée dans le détroit ; la tête seulement s'en est écartée un peu. Toutes les manœuvres, durant depuis plus d'une heure, sont suspendues de l'avis des médecins présents. La femme est remise au bain pour prévenir autant que possible les fâcheux effets de nos tentatives.

Dans la nuit suivante, les contractions utérines continuent, sans apporter aucun changement à la position.

Le 7 au matin, l'état général est assez satisfaisant malgré tous les précédents défavorables ; il n'y a que très-peu d'accélération du pouls, de sensibilité au ventre, mais la matrice reste contractée. — On répète le bain tiède et les injections plusieurs fois dans la journée, l'écoulement vaginal étant devenu fétide. Vers le soir, la fièvre se déclare ; la face est pâle, la langue légèrement sèche, le pouls accéléré, petit, la peau un peu chaude. On craint l'invasion de la fièvre de résorption.— Bain tiède, injections, sulfate de quinine.

Pendant la nuit, frisson général suivi de délire : — 12 sangsues derrière les oreilles, sinapismes aux pieds.

Le 8 au matin, le calme de l'esprit est revenu, mais les signes d'une altération profonde dans l'économie sont manifestes. La matrice est moins dure que la veille. Dans une consultation où assistaient MM. Fallot, Seutin, Thiry et d'autres médecins, il fut arrêté qu'on ferait un dernier effort pour délivrer la femme par le pelotonnement. En conséquence, on la met d'abord sous l'influence du chloroforme ; puis, la maîtresse sage-femme parvient à glisser lentement la main et le bras gauches dans la matrice, arrive à un pied sans pouvoir atteindre l'autre, et l'amène seul jusqu'au détroit supérieur. Là, il est saisi par la tenette, et attiré avec peine jusqu'à la vulve. On y attache un lacs, au moyen du-

quel on exerce de fortes tractions sur ce membre, mais sans obtenir aucun resultat. On introduit de nouveau une main dans les organes, pour aller à la recherche de l'autre membre abdominal. Témoin de ces longues et inutiles manœuvres, M. Seutin demande à essayer à son tour : il fait de grands efforts pour pénétrer dans le détroit supérieur, accusant une pénible sensation d'écrasement au dos de la main, pressée contre la saillie sacro-vertébrale. Il parvient enfin à accrocher l'aîne de l'enfant et à l'abaisser ; le corps et la tête sortent ensuite sans difficulté, grâce au forceps-scie qui avait coupé la voûte et une partie de la base du crâne. La putréfaction était déjà avancée. Le segment détaché est retiré avec le placenta.

Après une injection d'eau tiède dans la matrice, on remet la femme au lit, et on continue l'usage de la quinine. Le soir, retour du délire, de la fièvre, suivis d'affaissement et de mort vers le matin.

Autopsie 24 heures après le décès. — Epanchement séroso-purulent dans la cavité abdominale ; commencement de production de fausses membranes ; utérus développé, très-peu rouge à l'extérieur, de couleur noirâtre à l'intérieur, à la profondeur d'une ligne au moins ; tumeur fibreuse, comme une grosse noix, dans la paroi antérieure au dessus du col ; déchirure en travers du vagin, de 9 à 10 lignes, vis-à-vis la saillie sacro-vertébrale.

Mensuration du bassin sur le cadavre.

Diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal :	
Par le compas d'épaisseur, après déduction,	3+6.
Par le doigt indicateur » »	2+9.
Par le compas, après l'ouverture du ventre.	1+8.

Le pelvimètre géométrique, pendant le travail, n'avait rapporté que 1 pouce 6 lignes ; mais on doit tenir compte du gonflement extraordinaire de la paroi antérieure du vagin et du col de la vessie, qui avait disparu en grande partie après la délivrance et la mort.

Cette observation est curieuse à plus d'un titre. Remarquons d'abord la mensuration exacte avec le pelvimètre géométrique, constatée par la mesure prise sur le cadavre ; 2° la facilité d'application du forceps-scie, bien que le bassin n'eût pas 20 lignes d'ouverture ; 3° la dilatation complète du col après la section du crâne ; 4° la persistance du resserrement du corps de la matrice, malgré l'emploi non interrompu de moyens relâchans ; 5° l'impossibilité de vaincre

sa résistance et d'y faire pénétrer une main délicate de femme, pour opérer la version; 6° l'immense difficulté de pelotonner le fœtus, bien que la gangrène eût déjà relâché les parois utérines; 7° la lésion du vagin que ces efforts ont occasionnée, et enfin, l'extrême facilité pour la sortie de la tête sciée, malgré l'étroitesse considérable du bassin.

Je laisse à la sagacité du lecteur le soin de tirer de cet énoncé les conclusions qui en ressortent naturellement.

Qu'il me soit permis ici, contrairement au titre de cette brochure, de rappeler en abrégé une observation qui a déjà été publiée, mais dont le rapprochement avec la précédente n'est pas sans intérêt.

Obs. II. — Elisabeth B...., 25 ans, rachitique, primipare, à terme et en travail depuis la veille, entre à la Maternité le 11 novembre 1848. Elle n'est haute que de 3 pieds 9 1/2 pouces; ses extrémités inférieures sont fortement courbées, les reins très-déprimés et la colonne lombaire déviée à droite.

Par le petit pelvimètre géométrique, le diamètre sacro-pubien abdominal ne donne que 2 pouces 1 ligne. Le travail est peu avancé, les douleurs faibles. En attendant leur accroissement, la femme est mise au bain tiède. Le lendemain 12, même moyen et injections vaginales pour favoriser l'ouverture du col. Quand les les eaux sont écoulées, on sent le sommet de la tête en position transversale, l'occiput répondant à la fosse iliaque droite. L'enfant est vivant.

La mère ne voulant pas se soumettre à l'opération césarienne, on a recours au forceps-scie, après l'ondoyement du fœtus. Le col est souple et presque entièrement dilaté. L'introduction de l'instrument se fait avec facilité, la section de la tête en 5 minutes, sans aucune souffrance pour la femme. La masse cérébrale s'écoule presque en totalité. Le segment postérieur et le forceps sont extraits ensemble; l'antérieur l'est par le petit crochet mousse, avec un peu plus de lenteur et de peine; enfin, le corps du fœtus paraît au dehors; il est de volume ordinaire. Toute l'opération a duré 15 minutes.

Après la délivrance, on porte la femme au lit. Le soir le pouls est légèrement accéléré, la matrice dure. Une potion laudanisée et un cataplasme sur le ventre calment ce trouble passager.

Le 13, état très-satisfaisant.

Le 14 dans la soirée, pouls accéléré, peau chaude, lochies odorantes, ventre un peu balloné. Prescriptions : injections, cataplasmes sur le ventre, diète, et, pour le lendemain matin, bain général suivi de l'usage de 1 grain de calomel, toutes les heures.

Le 15, amélioration, cependant le pouls conserve de l'agitation, les lochies quelque odeur, les selles un peu de fétidité ; mais la diète, les injections, les cataplasmes enlèvent bientôt tous ces inconvénients. Le 6e jour après les couches, la convalescence est complète, et la femme sort de la Maternité le 12e, entièrement rétablie.

Obs. III. — Ce cas s'est présenté en ville, dans la clientelle de M. le professeur Rossignol qui en a recueilli et rédigé l'observation.

Madame S...., éprouvant les premières douleurs de l'accouchement, me fait appeler dans la matinée du 24 février dernier. Cette dame, âgée de 22 ans, de très-petite taille, est primipare et à terme. Les douleurs qu'elle ressent, depuis quelques heures, sont faibles, ne revenant qu'à de longs intervalles. Le col de la matrice n'est pas complètement effacé ; son orifice est à peine entr'ouvert. Dans cette exploration, le doigt est arrêté en arrière par la saillie sacro-vertébrale, et ne mesure de ce point à l'arcade du pubis que deux pouces et demi. La moitié gauche du bassin est un peu rétrécie. On observe à l'extérieur : ensellure assez forte, inflexion à droite de la colonne vertébrale, incurvation en dehors des fémurs et légère claudication. Du reste, Mme S.... jouit d'une bonne santé.

L'impossibilité de l'accouchement naturel reconnue, je priai les parents de cette dame de m'adjoindre notre collègue, M. Vanhuevel.

Le 25 février. — Depuis la veille, les douleurs ont continué, mais toujours faibles et à de longs intervalles qui ont permis plusieurs heures de sommeil pendant la nuit. Le col de la matrice est entr'ouvert comme une pièce d'un franc. On reconnaît une présentation du sommet de la tête.

Nous mesurons, avec M. Vanhuevel et à l'aide du petit pelvimètre de cet auteur, qui a été nommé *pelvimètre géométrique* (1), bien à tort sans doute dans le sens étymologique du mot, mais admissible cependant si l'on considère que cette dénomination n'a d'autre but que d'exprimer la précision de l'instrument, et nous trouvons pour le diamètre rétréci ou sacro-pubien 2 *pouces* 3 *lignes*.

Il n'y avait donc plus de doute possible, et nous devions opter pour l'opération césarienne ou l'embryotomie. Le choix de la mère et des parents ne fut pas douteux, bien que l'enfant vécût,

(1) C'est pour conserver les traces de son origine, que cette dénomination lui a été gardée. Ce pelvimètre n'est que la reproduction de celui à ceinture, quoique agissant différemment, lequel a été nommé, à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, *pelvimètre géométrique*, tant à cause de sa justesse, que pour le principe d'après lequel il procède.

et l'embryotomie fut décidée. Dès lors, il ne s'agissait plus que d'attendre le moment opportun de l'opération, c'est-à-dire, la dilatation suffisante du col de la matrice.

Le 26 et le 27, les douleurs augmentent peu à peu l'intensité et de fréquence; la poche des eaux fait saillie et se rompt dans la nuit. L'orifice utérin continue à se dilater, et son ouverture équivaut à une pièce de 5 francs; néanmoins ses bords offrent encore de la rigidité.

La malade, incessamment tourmentée par les douleurs, ne soupire qu'après l'opération qui doit la délivrer. Le pouls est plein et fort, la face injectée, la tête pesante. — Bain général; injections émollientes, répétées plusieurs fois par jour ; saignée de 8 onces.

Le 28 seulement, dans l'après midi, le col paraît assez souple et dilaté pour permettre l'application du forceps-scie. Les mouvements de l'enfant ont complétement cessé depuis la veille. Le sommet de la tête, fortement déprimé, tend à s'engager dans le détroit supérieur. M. Seutin s'adjoint à nous pour l'opération qui n'est faite que dans la soirée.

L'introduction des branches du forceps et leur articulation, la section de la tête et l'extraction de l'enfant n'offrent aucune difficulté. En moins de 20 minutes, ces trois temps de l'opération sont terminés, sans avoir occasionné la moindre douleur à la patiente. En retirant le forceps, on amène le segment postérieur, complétement détaché ; quant à l'antérieur, il est entraîné, ainsi que le corps auquel il tient, par une forte pince à dents de loup. La section avait eu lieu suivant une ligne qui, partant de la partie moyenne de l'occiput, aboutit à la peau, à l'union de la lèvre supérieure avec l'aile du nez, passant à droite à un travers de doigt, à gauche à deux travers de doigt au-dessus du conduit auditif externe. Le fragment détaché emporte la voûte du crâne et une grande partie de la face. La tête dépassait un peu le volume ordi-

Le placenta étant adhérent contre nature et l'écoulement sanguin presque nul, on abandonne la délivrance aux contractions utérines, sollicitées par le seigle ergoté.

Avant de porter l'opérée dans son lit, on lui fait une injection dans le vagin avec de l'eau tiède.

La nuit est très-calme : l'extrait d'ergot n'a produit que de faibles douleurs utérines, qui ont interrompu le sommeil.

Le lendemain matin 29, état général très-satisfaisant ; la sérosité sanguinolente qui s'écoule des parties, a un peu d'odeur ; le décollement du placenta ne s'est point fait. On introduit une main dans la matrice pour le détacher, et on l'amène en entier. — Injections dans le vagin, diète, boissons émollientes.

Dans la journée, expulsion de quelques caillots sanguins ; néanmoins la matrice reste un peu volumineuse.

Sous l'influence des cataplasmes, des injections et d'un régime convenable, l'utérus revient peu à peu sur lui-même. On n'observe ensuite aucun phénomène différent de ceux d'un accouchement naturel, sauf de petits accès de fièvre intermittente, qui cèdent promptement à l'emploi du sulfate de quinine.

Le 6 mars, Mme S.... est tellement bien, qu'on lui permet de rester sur son canapé plusieurs heures par jour. A partir de ce moment, elle ne tarde pas à reprendre son genre de vie habituel.

Obs. IV. — Catherine C...., 31 ans, primipare et à terme, entre à la Maternité le 1er mars 1850. Une inflammation de l'articulation coxo-fémorale gauche l'empêche de marcher. Le membre abdominal correspondant est très-gonflé et douloureux. Le bassin est incliné à droite ; il y a ensellure très-prononcée. Le col utérin, encore un peu long, mais souple, est ouvert pour admettre l'extrémité du doigt. On atteint facilement avec l'index la saillie sacro-vertébrale. Mesuré avec le petit pelvimètre géométrique, le détroit supérieur, d'avant en arrière, n'a que 2 pouces 4 lignes d'étendue. Le fœtus est vivant.

Les contractions utérines, faibles d'abord, ne s'établissent régulièrement que dans la journée du 3 mars. Le lendemain, à quatre heures du matin, la poche des eaux se rompt ; la dilatation du col, sans être complète, est fort avancée. On reconnaît une position de l'épaule droite (scapulo-cotyloïdienne gauche), avec présentation de la main et chute du cordon ombilical. La femme sachant qu'on peut la délivrer sans lui ouvrir le ventre, rejette bien loin toute proposition d'opération césarienne. On entend donc, pour faire la version et la section du crâne, que les organes soient bien disposés. Le fœtus entretemps est ondoyé sur la partie la plus accessible.

Ce n'est que dans l'après-dîner que la dilatation et l'assouplissement du segment inférieur de la matrice permettent d'agir, sans crainte de résistance. Le fœtus a cessé de vivre. La maladie articulaire, rendant le membre raide et sensible, apporte beaucoup de gène à l'opération. On a quelque peine à faire le pelotonnement et à extraire le tronc. Les bras dégagés, la tête demeure au dessus du détroit abdominal ; on n'arrive avec les doigts qu'au bas de la figure. Néanmoins le forceps-scie est appliqué sans autre difficulté, que celle résultant de le raideur de la cuisse.

La section se fait dans le sens du diamètre mento-occipital. Sur le point de finir, l'opérateur, s'arrêtant un moment, se baisse pour regarder si la masse cérébrale s'écoule ; l'aide qui tient le forceps,

imite ce mouvement de corps et soulève le manche de l'instrument confié à ses soins. Le premier reprend ses tractions, éprouve une forte secousse, et casse le crochet de la poignée. On retire la clé et la chaînette, supposant l'opération assez avancée pour extraire le fœtus; en effet, quelques efforts modérés suffisent pour cela. La tête, de grosseur ordinaire, est coupée depuis la base de la machoire inférieure, le long des branches ascendantes de cet os, derrière les pommettes, à travers les temporaux et le sphénoïde, jusqu'au tiers supérieur des pariétaux.

La délivrance terminée et une injection faite dans le vagin, on place cette femme à part des autres accouchées. Elle ne ressent le soir ni fièvre, ni douleur abdominale; les urines sont rendues naturellement.

Le 5 mars. — La nuit a été bonne, et l'opérée est dans l'état le plus favorable; pouls calme, langue fraîche, ventre indolore, écoulement normal des lochies et des urines. — Régime lacté.

Le soir, le pouls s'accélère; la peau devient chaude; la figure s'anime; la tête est pesante et le ventre un peu sensible; les lochies diminuent. — Cataplasme sur l'abdomen, diète.

Le 6, retour du calme : pouls tranquille, peau humide, langue blanche, fatigue des reins, ventre indolore, lochies naturelles. Dans l'idée que le trouble de la veille était un accès de fièvre intermittente, et pour en prévenir le retour, on prescrit le sulfate de quinine; bouillons de veau dans la journée.

Le soir, calme parfait.

Le lendemain et les jours suivants, le bien-être continue; l'on persévère dans l'usage de la quinine et l'on augmente peu à peu la nourriture.

Le 12, la malade demande à pouvoir se mettre un moment dans un fauteuil ; mais sa douleur articulaire l'oblige à se recoucher bientôt.

Les 13 et 14, les suites des couches sont des plus heureuses. Le mal de l'articulation semble au contraire augmenter. La femme demande son transfert à l'hôpital, dans le service de M. Uytterhoeven, pour s'y faire traiter de sa coxalgie.

Obs. V.—Élisabeth G..., 33 ans, rachitique, à terme de sa première grossesse, entre à la Maternité le soir du 23 mars 1850. Sa santé paraît bonne. Le travail, commencé depuis le matin, est peu avancé. Dans la nuit, le col s'ouvre comme une pièce de 5 centimes, et les eaux s'écoulent spontanément. On reconnaît une présentation des fesses, accompagnées d'une main du fœtus.

Le matin, cette femme est soumise à mon examen. On trouve chez elle une forte dépression lombaire, la hanche droite légère-

ment élevée au dessus de la gauche, les fémurs très-courts, arqués et tournés dans la rotation en dehors. Par le toucher, on arrive sans peine au promontoire; les parois cotyloïdiennes sont déprimées, de manière à donner à l'ouverture supérieure du bassin à peu près la forme d'un cœur de carte à jouer.

Le diamètre sacro-pubien abdominal mesure 2 pouces 5 lignes; les sacro-cotyloïdiens, 2 pouces seulement. Les diamètres du détroit inférieur ne sont pas rétrécis.

Les douleurs se succèdent toute la journée, sans produire de dilatation ultérieure à l'orifice utérin. Vers le soir, on pratique une saignée, à cause de l'ampleur du pouls, de la chaleur de la peau, de l'animation de la face et de la pesanteur de la tête. La nuit se passe dans les souffrances, sans amener aucun changement à l'état du col.

Le matin, 25, bain général de 1 1/2 heure, et injections continuelles dans le vagin. L'après-dîner, le col s'ouvre davantage: nouveau bain, injections et lavement. Enfin vers 9 heures du soir le segment inférieur de la matrice paraît assez souple et dilaté. Le grand crochet mousse est introduit dans l'aîne postérieure du fœtus, mort depuis plusieurs heures; les fesses ne se sont abaissées qu'avec peine; le corps et les bras se dégagent plus facilement; mais la tête, dirigée en travers, la face vers la fosse iliaque gauche, oppose une grande résistance. On attend pour appliquer le forceps-scie que plusieurs médecins, désireux d'en voir l'emploi, soient tous réunis. Pendant cet intervalle assez long, le col de l'utérus s'est resserré sur le cou de l'enfant, ce qui occasionne quelque difficulté pour placer du côté gauche la première branche, arrêtée par la machoire inférieure; cependant cet obstacle est vaincu, et la seconde branche mise sans empêchement. La section se fait très-vite de bas en haut; la clé et la chaînette sont dégagées; puis, d'une main on tire sur le forceps, de l'autre sur les épaules du fœtus qui sort à la première traction. La tête, de volume ordinaire, était divisée complétement, à gauche de l'occiput et du menton, à travers la joue et l'œil du même côté, et par le milieu de la suture sagittale.

Après la délivrance, on fait une injection dans le vagin; la femme est placée à part; on lui prescrit une potion calmante.

Le 26 au matin, l'opérée est dans un état satisfaisant: nuit bonne, pouls calme, peau moite, langue un peu blanche, ventre insensible, écoulement naturel des lochies, émission spontanée des urines. — Diète, boissons mucilagineuses. — Vers le soir, frisson suivi de chaleur, accélération du pouls, légère céphalalgie, ventre non douloureux, lochies normales.

Le 27, la malade a dormi et transpiré une partie de la nuit; pouls calme, langue blanche, ventre insensible, lochies naturelles, brisement des membres. — Sulfate de quinine, bouillon de veau, injections.

Le 28, point d'accès fébrile; continuation des moyens ci-dessus.

Le sulfate de quinine est continué jusqu'au 1er avril. La femme se plaint alors de démangeaison à la peau : une éruption de boutons rougeâtres a lieu au bas des reins et des cuisses : deux bains tièdes font disparaître cette indisposition. On augmente graduellement la nourriture; la femme se lève le 8e jour, et sort de la Maternité entièrement rétablie le 4 avril, 10e jour de ses couches.

Obs. VI. — Césarine P..., âgée de 22 ans, primipare, entre à la Maternité le soir du 8 juin 1849. A terme et en travail depuis la veille, elle a le col de l'utérus encore peu ouvert; les eaux sont rompues, les douleurs faibles. C'est le sommet de la tête qui se présente. La nuit et le lendemain se passent sans que le travail fasse de progrès. Peu à peu cependant les contractions se développent.

Le 10, à quatre heures du matin, elles sont vives et continues; le col est presque tout dilaté, le cuir chevelu gonflé, la tête immobile sur l'entrée du bassin. Les bruits du cœur fœtal sont obscurs; il s'écoule par les parties des eaux verdâtres. — Bain général pendant 1 1/2 heure.

A midi, la dilatation est complète, mais point de changement dans la position de la tête. On applique le forceps de Dubois. A deux reprises, l'opérateur fait des tractions aussi fortes et prolongées que la prudence le permet, en appuyant un pied contre le bord du lit : la tête ne bouge pas d'une ligne. Craignant de contondre la matrice, il dégage le forceps et fait remettre la femme au bain, pour s'assurer si le crâne, par la durée du travail, ne s'allongerait pas dans la cavité pelvienne.

Vers le soir, nulle modification ne s'est opérée dans l'état des choses : même position, même fixité de la tête. La malheureuse demande à grands cris qu'on la délivre. Elle dit n'avoir plus senti les mouvements du fœtus depuis le matin. On n'entend plus les bruits cardiaques. Du méconium pur s'est échappé, à midi, pendant l'application de l'instrument. Dans la persuasion que l'enfant a cessé de vivre et que de nouvelles tractions *sur la tête entière* n'aboutiraient qu'à des froissements nuisibles à la femme, on a recours immédiatement au forceps-scie. La division opérée, on fait avec cet instrument des efforts d'extraction : le crâne, quoique séparé en deux, résiste encore. On est obligé de désarticuler les cuillers, et de saisir avec la tenette le morceau postérieur qui ne

cède qu'après quelques tractions ; le morceau antérieur, adhérent au tronc, descend de lui-même dans l'excavation pelvienne, et le fœtus sort bientôt à l'aide des contractions utérines et des manœuvres de l'accoucheur.

La tête, assez forte et placée en 2e position du sommet, avait été coupée obliquement à travers l'occipital, les deux pariétaux, l'œil gauche, la racine du nez et la joue du côté droit.

Comme d'habitude, après la délivrance, injection dans le vagin et isolement de l'opérée.

Le 11 au matin. Il y a eu plusieurs heures de sommeil pendant la nuit ; pouls calme ; peau et langue bonnes ; abdomen légèrement ballonné ; lochies un peu odorantes ; émission spontanée des urines. — Injections, cataplasmes, diète.

Le 12, même état que la veille, et mêmes moyens, plus un peu de bouillon de veau.

Le 13, les lochies sont fétides ; il y a eu quelques selles liquides ; le pouls s'est légèrement accéléré. — Diète, cataplasmes sur le ventre, injections fréquentes d'eau chlorurée.

Le 14, au matin, l'état général est assez satisfaisant mais les lochies restent fétides et deviennent noirâtres.— Bain général avec injections dans la matrice, cataplasmes, laitage.

Le soir, accélération du pouls ; peau et langue chaudes ; ventre un peu douloureux ; seins tendus. Par mesure de précaution, on applique 12 sangsues sur l'abdomen, cataplasmes, injections chlorurées, diète.

Le 15, amendement des symptômes fébriles de la veille, mais continuation de l'écoulement fétide, noirâtre, avec pellicules de même couleur, par les parties génitales. — Sonde courbe en gomme élastique à demeure dans la cavité de la matrice ; injections chlorurées par la sonde, toutes les 2 heures ; cataplasmes, régime lacté.

Dès ce moment, l'odeur fétide et la teinte noirâtre des lochies diminuent. Les injections sont continuées régulièrement. Tous les signes d'une franche convalescence se manifestent bientôt.

Le 16, on accorde du bouillon de bœuf, auquel on ajoute des légumes le lendemain.

Le 18, les injections sont plus éloignées ; suppression des cataplasmes, viande rôtie.

Le 19, on retire la sonde de l'utérus, toute odeur et couleur des lochies ayant disparu. La malade se sent rétablie ; seulement à cause d'un peu de faiblesse et d'un long voyage qu'elle a à faire pour retourner chez elle, Césarine reste à la Maternité jusqu'à la fin du mois.

Conclusion. — Lorsqu'on voit des résultats aussi rapides, aussi heureux, même dans une Maternité, chez des femmes difformes qui naguère y auraient été sacrifiées, sans doute, par l'opération césarienne, il faut avouer que l'embryotomie, faite d'une manière convenable, est une ressource bien précieuse pour délivrer ces pauvres disgrâciées de la nature. Il est vrai que, par ce moyen, on ne les sauve qu'aux dépens de l'enfant; mais comme il est rare, dans les établissements publics, qu'on obtienne un succès complet par l'hystérotomie, il est au moins consolant de penser qu'en sacrifiant le fœtus, on n'a à regretter que la perte la plus minime ; encore cette perte est-elle commandée par la volonté de la mère qui, en cas de viciation, exerce un droit absolu de vie et de mort sur le fruit qu'elle porte dans son sein. De plus, chacun convient qu'en tout lieu et en tout temps la section césarienne est une opération grave, dangereuse ; or, mettons-nous un instant à la place d'un mari, obligé de choisir entre sa femme et son enfant; il doit opter entre celle qui depuis longtemps lui est chère par les liens d'une vie commune en plaisirs et en peines, et un être inconnu qu'il n'a point encore appris à aimer. Qui pourrait jamais supposer qu'un homme de cœur ne préférât cent fois la mort du fœtus aux dangers que courrait la mère pour le mettre vivant au monde ? D'un autre côté, où trouver une femme dont l'amour maternel serait assez développé avant la naissance de l'enfant, pour dominer l'instinct si vivace de sa conservation personnelle ? Chérit-on bien fort ce que l'on ne connaît pas ?... Pour moi, je n'ai jamais rencontré, dans cette cruelle position, ni fille ni femme mariée qui ait hésité une seconde sur le choix qu'elle avait à faire. Toutes m'ont toujours dit : sauvez-moi! sacrifiez mon enfant! C'est là le cri de l'égoïsme, je le sais bien ; mais c'est la voix de la vérité qui réduit au silence toute théorie en opposition avec la nature.

Aussi, je reste bien persuadé qu'en éclairant avec franchise les intéressés sur les chances de ces deux ressources de l'art, c'est l'embryotomie qu'on devra pratiquer le plus souvent. Et quant au procédé de mutilation le plus convenable à employer pour obtenir d'heureux résultats, je laisse à chaque praticien le soin d'en agir selon ses convictions. Je continuerai, pour cette raison, à me servir du forceps-scie, jusqu'à ce qu'on m'ait fait connaître un instrument plus favorable. Cependant j'approuve les essais que l'on voudrait faire pour simplifier ou perfectionner l'opération de la céphalotomie : tout travail, ayant l'humanité pour objet, mérite des éloges. Mais quand on vient à tort, sur plusieurs points, attaquer la méthode qui m'est propre, on me force à la défendre, à combattre des erreurs capables de lui nuire, et même à signaler

les inconvénients du moyen par lequel on prétend la remplacer en cas d'insuffisance. C'est le motif qui m'a engagé, contre mon gré, dans cette discussion. Au reste, elle aura fourni au public médical les éléments nécessaires pour décider entre mon honorable contradicteur et moi. En soumettant notre débat au jugement de mes confrères, je ne leur demande ni ménagements, ni condescendance; ce que j'attends d'eux avec confiance, c'est de l'impartialité, surtout après qu'ils auront vu à l'œuvre, sur la femme en travail, l'un et l'autre procédé opératoire.

CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES GRANULEUSE PURULENTE, ET GONORRHOÏQUE;

par E. Henrotay, médecin de bataillon de 1re classe.

La session d'examen pour le grade de médecin de régiment qui vient d'être close, a fourni, au seul candidat qui s'est présenté, l'occasion de développer des questions très-importantes relatives aux ophthalmies purulentes. M. Henrotay, aux termes du programme, avait à faire l'histoire d'un ophthalmique et à discuter de vive voix ou par écrit les questions que pouvait soulever l'examen de ce malade.

Le sujet était atteint d'ophthalmie purulente de l'œil gauche. Il était à la salle des vénériens depuis le 13 septembre dernier, en traitement pour une urétrite, lorsque le 28 du même mois il fut pris d'ophthalmie pour laquelle un traitement ectrotique fut institué.

Après avoir apprécié l'état actuel du malade, indiqué les soins ultérieurs qu'il convient de lui donner, notre confrère s'est exprimé dans les termes suivants :

« Deux affections purulentes de l'œil ont entre elles les plus grands rapports et sont souvent confondues, l'ophthalmie gonorrhoïque et l'ophthalmie purulente de l'armée. Dans l'une comme dans l'autre, il y a gonflement considérable des paupières, surtout de la supérieure, sécrétion abondante de muco-pus, chémosis.

« Le diagnostic différentiel de ces deux maladies est-il possible? Il est une phrase de M. Fallot souvent citée : « *Phénoménalement, il n'y a aucun moyen de différencier les ophthalmies gonorrhoïques des autres blennorrhées oculaires* : les différences de couleur sur lesquelles nous savons qu'on a tant insisté, n'ont aucune signification précise, et nous avons vu plus d'une fois ceux qui y attachaient le plus d'importance s'y tromper lourdement. La coexistence ou la préexistence d'un écoulement génital n'est pas

elle-même un signe certain, et constitue tout au plus une présomption ; car rien n'empêche le porteur de contracter une conjonctivite avec laquelle une gonorrhée n'a rien de commun. »

« Pour compléter la pensée de M. Fallot, j'ajouterai que le muco-pus peut être transporté de l'urètre d'un malade à l'œil d'un autre sujet, et provoquer une ophthalmie gonorrhoïque sans que le dernier soit lui-même atteint d'urétrite.

« On a dit que dans l'ophthalmie gonorrhoïque un seul œil, plus souvent le droit, est d'abord entrepris, le second ne devenant d'ordinaire malade que consécutivement Le même caractère se retrouve fréquemment dans l'ophthalmie purulente granuleuse, et dans cette salle même je pourrais en trouver des exemples.

« M. Hairion a parlé d'un bubon préauriculaire comme d'un signe certain de l'existence de la nature gonorrhoïque de l'affection. Ce bubon préauriculaire est chose rare à observer, et fût-il fréquent, il ne me semblerait pas plus propre à lever tous les doutes par rapport à l'affection de l'œil, que l'adénite inguinale n'est caractéristique de la nature virulente de certaines affections de la verge.

« N'existe-t-il donc aucun moyen de différencier ces deux affections ?

« Lorsque l'on réfléchit au mode de développement de l'une et de l'autre, on est tout d'abord frappé de la différence qui existe dans leur évolution. L'invasion de l'ophthalmie gonorrhoïque est extrêmement rapide : la plus petite quantité de muco-pus gonorrhoïque introduite entre les paupières, développe sur le champ une ophthalmie très-grave qui, si on la laisse marcher, entraînera au bout de 24 ou 48 heures, le ramollissement de la cornée et les altérations qui en sont la conséquence. L'ophthalmie de l'armée, au contraire, débute lentement, et les granulations qui en constituent le symptôme pathognomonique n'acquièrent tout leur développement qu'après un temps ordinairement fort long. C'est dans le cours de cette maladie à marche essentiellement chronique, et sous l'influence de causes qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier, que se déclare soudain l'ophthalmie purulente sur-aiguë dont il est ici question.

« Que doit-il résulter de cette évolution si complétement différente ? C'est que dans cette dernière affection, des altérations persistantes ayant eu le temps de s'établir, les granulations ont une consistance qu'on ne retrouve pas dans l'ophthalmie gonorrhoïque. Ici c'est plutôt de l'œdème, là c'est un tissu vasculo-charnu résistant.

« Un épiphénomène m'a frappé par la constance avec laquelle

je l'ai rencontré, et nulle part que je sache il n'a été indiqué, c'est l'épistaxis. Depuis plus d'un an que mon attention est fixée sur ce sujet, je l'ai toujours retrouvé dans l'ophthalmie purulente sur-aiguë. Il a toujours fait défaut dans l'ophthalmie gonorrhoïque. Avec l'épistaxis ont coexisté une céphalalgie assez intense et des douleurs orbitaires beaucoup plus prononcées que dans l'ophthalmie gonorrhoïque.

« La congestion oculaire si prononcée dans l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë, se révèle facilement à l'observateur. Que l'on excise à plat quelques sommités granuleuses, on donne lieu à un écoulement sanguin considérable et souvent très-utile. Il est encore une remarque faite depuis longtemps et qui trouve son explication dans la congestion dont les granulations sont le siége. M. le médecin principal Gouzée m'a souvent fait observer que chez les sujets atteints de granulations, lorsqu'ils viennent à être pris de fièvre intermittente, l'état granuleux des paupières s'affaisse considérablement. C'est qu'aux fièvres d'accès succède d'ordinaire l'anémie, et les paupières, comme le tissu cutané et les muqueuses extérieures, palissent par le retrait du sang.

Ces deux affections, l'ophthalmie gonorrhoïque et l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë, ont l'une et l'autre pour caractère, je l'ai dit tout à l'heure, un gonflement considérable de la paupière supérieure ; mais dans la première le gonflement est œdémateux, la face externe du voile palpébral offre une coloration légèrement bleuâtre, les doigts y laissent pendant quelques instants leur impression, la difficulté de retourner les paupières est telle qu'on n'y parvient pas toujours, et cela est arrivé dans le cas présent, car M. le médecin de régiment Delhaie et moi, nous avons dû y renoncer, et cependant cette pratique nous est à l'un et à l'autre très-familière. Cette difficulté provient en partie de ce que le muco-pus sécrété est plus séreux, en partie aussi de ce que le bord libre de la paupière, lorsqu'on cherche à la saisir, fuit sous les doigts qui refoulent la sérosité. Chez les sujets dociles qui parviennent à tenir le regard fixé sur le sol pendant quelques instants, la paupière pouvant être retournée, on reconnaît que la muqueuse est lisse. Enfin le chemosis, au début surtout, est uniquement séreux.

« Dans l'ophthalmie granuleuse, le gonflement n'est pas uniquement œdémateux, mais il dépend en grande partie du développement considérable des granulations palpébrales. La face externe de la paupière a conservé sa coloration normale ou elle est un peu plus rosée. Les doigts n'y marquent pas leur empreinte, le renversement de la paupière est facile, la face interne est couverte d'as-

périté, le muco-pus est plus lié, plus crémeux, le chémosis est sanguin.

« La marche de ces deux maladies offre des caractères différentiels tranchés. L'ophthalmie gonorrhoïque n'est pas une maladie de longue durée : ou bien il survient en peu de temps des altérations cornéales graves, ou bien l'affection rétrocède promptement, et, en quelques jours, le mal est entièrement guéri et les voiles palpébraux ont repris leurs conditions physiologiques. Je parle des cas dans lesquels le traitement a été bien institué. J'ai vu plus d'un militaire atteint de cette affection, en état de reprendre le service après dix à douze jours de traitement.

« Dans l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë il en est tout autrement, la purulence cède d'une manière moins prompte ; à l'état sur-aigu succède l'état sub-aigu, après lui les granulations persistent, et il faut un temps comparativement très-long avant de s'en être complétement rendu maître. Ces malades, à leur sortie des hôpitaux, sont dirigés sur les salles de granulés des corps. La marche de l'affection n'est pas aussi franche et cela se conçoit facilement; l'état granuleux persiste, il tend à ramener incessamment la purulente et l'on est souvent obligé de revenir à plusieurs reprises à l'emploi des moyens ectrotiques, avant d'avoir ramené les granulations à l'état indolent ou de chronicité.

« Si les considérations dans lesquelles je viens d'entrer sont la véritable expression des faits, et j'ai pour ma part la conviction la plus profonde qu'elles traduisent exactement ceux que j'ai été appelé à observer, ne doit-on pas reconnaître que le diagnostic différentiel des ophthalmies purulente granuleuse et gonorrhoïque est aussi bien établi que celui d'aucune autre maladie. Une difficulté cependant peut se présenter et je comprends qu'elle ne soit pas extrêmement rare dans notre armée, c'est la combinaison des deux affections. Le muco-pus blennorrhagique déposé sur une paupière granuleuse, déterminera une maladie qui, tout en ayant la persistance de l'ophthalmie granuleuse, empruntera à l'affection gonorrhoïque sa marche promptement désorganisatrice. Ici, cela se comprend, le diagnostic différentiel n'est plus possible. Ce n'est plus l'une ou l'autre, c'est à la fois l'une et l'autre.

« L'ophthalmie gonorrhoïque est-elle contagieuse ? Par transport direct du muco-pus d'un œil à l'autre, cela est prouvé ; mais le mal peut-il se communiquer à distance ? Sans m'arrêter à énumérer les faits produits à l'appui de cette opinion, particulièrement par M. le médecin de régiment Decondé, ce qui m'entraînerait trop loin, reconnaissons que la réponse est douteuse. Mais en croyant à la possibilité de la contagion par l'air, on est porté à

éloigner le plus possible les rapports des sujets malades avec les individus sains et l'on évite d'autant les chances de communication directe. Dans l'autre opinion, on recherche moins cet éloignement, et on aurait à se repentir de ne pas avoir toujours cherché à l'obtenir, s'il arrivait qu'un jour la contagion par l'intermédiaire de l'air fût prouvée. Les partisans de cette sorte de contagion ne s'exposent tout au plus qu'à prendre une précaution inutile.

Il est un fait bien digne de remarque fourni par l'observation clinique. Lorsque l'ophthalmie gonorrhoïque se déclare dans le cours d'un écoulement de l'urètre, ce n'est pas généralement lorsque celui-ci présente les caractères les plus aigus que cela s'observe, mais bien au moment où l'acuité vient à cesser. On serait tenté de croire qu'il y a là une sorte de métastase. Bien que je ne sois pas tout à fait en mesure de donner de cette observation une raison capable de satisfaire tous les esprits, je ne crois pas cependant que ce soit à la métastase qu'il faille recourir pour en trouver l'explication. Car, à ce compte, voici ce que l'on ne manquerait pas d'observer : on verrait tout aussi bien l'affection de l'urètre se supprimer presqu'entièrement pour se porter sur l'œil, dans les quatre ou cinq premiers jours, qu'à une époque beaucoup plus avancée de son existence. Eh bien, c'est ce qui ne s'observe pas généralement et les cas de cette espèce constituent une rare exception. Ce n'est guère que vers le 10e, 12e, 15e jour de l'écoulement urétral, alors qu'il a déjà considérablement perdu de son acuité et qu'il tend à passer à l'état chronique, que l'on voit l'un des yeux s'entreprendre.

« Voici comment je conçois que les choses doivent se passer dans la majorité des cas :

« Aussi longtemps que l'écoulement est aigu, le malade est soumis à une observation rigoureuse ; il se surveille attentivement et, d'après les recommandations expresses qui lui sont faites, il a grand soin de se laver les mains chaque fois qu'il a touché à sa verge. Au contraire, dès que l'acuité commence à passer, il reprend bientôt son genre de vie habituel et il se croit dispensé de toutes les précautions minutieuses qu'il a prises jusque-là. J'ajouterai qu'il éprouve souvent à cette époque un sentiment de prurit à l'orifice extérieur du canal de l'urètre, qui l'engage à y porter les doigts. Enfin la durée de l'état chronique est infiniment plus longue que celle de la période aigue.

« Les deux affections dont je vous entretiens en ce moment, sont graves l'une et l'autre à cause des altérations cornéales qui peuvent en être les conséquences. Mais, dans l'ophthalmie gonorrhoïque, le péril, bien que prochain, peut être promptement con-

juré, si le mal est pris à temps. Dans l'ophthalmie granuleuse suraiguë, la destruction des cornées ne s'effectue pas d'une manière tout à fait aussi rapide; mais le malade y reste plus longtemps exposé. Les considérations dans lesquelles je suis entré précédemment, expliquent complétement ma pensée au sujet du pronostic.

« On pourrait se demander : à quoi bon chercher à différencier l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë de l'ophthalmie gonorrhoïque, si le traitement est exactement le même dans les deux cas ? D'abord, nous verrons par les réflexions que je vais présenter qu'il n'en est pas tout à fait ainsi. Ensuite, n'est-il pas de la plus haute importance pour établir les droits à la pension, dans les cas de perte de l'un ou des deux yeux, de pouvoir reconnaître à laquelle de ces deux affections on a eu affaire, pour déclarer si les lésions sont ou non le fait du service militaire ?

« Dans les blennorrhées de l'œil, il est une indication qui domine toutes les autres. La purulence menace d'altérer la transparence des cornées; modifier la sécrétion, la tarir, voilà ce qu'il faut d'abord se proposer. Nous avons pour cela un agent certain, c'est le nitrate d'argent. J'ai en lui une telle confiance que, les cas de complication réservés, je n'hésite pas à affirmer que ces affections prises à temps, c'est-à-dire avant qu'il n'existe d'altération cornéale, et convenablement traitées, guérissent toujours sans laisser de traces.

« Le pinceau imbibé du soluté à parties égales, est promené sur toute la surface des conjonctives palpébrales. Indépendamment de cette cautérisation, je prescris une solution de nitrate d'argent dans de l'eau distillée, dans les proportions de cinq grains par once. Ce liquide sert à faire des instillations, au nombre de trois ou quatre par jour entre les paupières. Je crois cette pratique importante pour coaguler le muco-pus à mesure qu'il se forme et le rendre ainsi inoffensif pour les cornées, pour soutenir l'action de la cautérisation pratiquée et pour atteindre les portions de la conjonctive malade qui auraient pu y échapper.

« Des compresses d'eau froide souvent renouvelées sont appliquées sur les paupières.

« Le malade garde le lit et il est mis à un régime léger, désigné dans nos hôpitaux sous le nom de diète avec pain. Les jours suivants on augmente graduellement la quantité des aliments.

« La sœur hospitalière injecte fréquemment de l'eau froide entre les paupières, dans le but d'empêcher la sécrétion d'y séjourner.

« Le malade prend chaque jour trois cuillerées de potion de Chopart, dirigées contre l'écoulement de l'urètre.

« Les praticiens ne sont pas d'accord sur l'emploi des saignées dans ces affections. Les uns les croient indispensables dans toutes les blennorrhées oculaires. D'autres, avec M. Gouzée, les considèrent comme généralement plus nuisibles qu'utiles. La distinction que j'ai établie, me paraît de nature à lever toutes les hésitations. Dans l'ophthalmie granuleuse sur-aiguë, et celle-là est de beaucoup la plus fréquente dans nos hôpitaux, il existe un mouvement congestif très-prononcé vers l'œil, une lésion éminemment vasculaire, les saignées générales et locales sont positivement indiquées par l'état pathologique des tissus. Dans l'ophthalmie gonorrhoïque, le mouvement congestif est loin d'être aussi marqué, la lésion granuleuse préexistante manque, la cautérisation a substitué une action thérapeutique à un état pathologique, la saignée ne deviendrait utile que dans le cas d'une réaction trop vive à la suite de l'emploi du caustique, dans les complications, ou chez un sujet éminemment pléthorique.

« La complication qui peut surtout indiquer la saignée, c'est la participation de la sclérotique et des autres tissus fibreux de l'œil à l'inflammation, état qui se révèle surtout par l'acuité des douleurs intra ou périorbitaires que le malade accuse.

« Les saignées au nombre de une ou deux, selon les circonstances, sont alors suivies d'applications de sangsues. J'ai pour principe toujours, et surtout dans l'ophthalmie gonorrhoïque, de ne pas les appliquer aux tempes ; à cet endroit, elles augmentent l'état œdémateux des paupières et déterminent parfois le bubon préauriculaire ainsi que j'en ai observé un cas l'année dernière dans ce service. Je choisis de préférence les apophyses mastoïdes.

« Deux jours, quelquefois trois, après la cautérisation, la purulente se reproduit habituellement avec une certaine abondance. Il est alors nécessaire de revenir à une nouvelle cautérisation, qui suffit d'ordinaire dans l'ophthalmie gonorrhoïque pour ramener l'affection à un état plus simple. Les instillations sont continuées pendant deux ou trois jours encore. Je les remplace ensuite par le collyre de Conradi que je recommande de faire légèrement tiédir avant l'usage. Il sert à lotionner les yeux deux ou trois fois par jour.

« Dans l'ophthalmie granuleuse, après deux ou trois cautérisations, le mal, pour avoir perdu ses caractères de gravité, n'en persiste pas moins ; de nouveaux attouchements sont nécessaires ; mais je diminue alors graduellement la dose du nitrate. Concurremment, j'emploie les collyres résolutifs, les applications de sangsues, les révulsifs, les purgatifs suivant les cas. Ce n'est que lorsque toute trace d'acuité a disparu, que j'ai recours au traitement ordinaire des granulations indolentes.

« On a tenté l'emploi de l'acétate de plomb dans les ophthalmies purulentes. Lorsque l'on possède un agent aussi sûr dans ses résultats que le nitrate d'argent, dans des affections aussi promptement désorganisatrices, je ne conçois pas l'essai de nouveaux moyens. Ces tentatives ont été malheureuses et l'on ne tardera pas à revenir d'opinions exagérées sur la valeur de l'acétate de plomb dans les cas sur-aigus.

« Quelques auteurs ont rapporté des faits d'ophthalmies purulentes déterminées sous l'influence d'un encombrement excessif, d'une nourriture insuffisante et de mauvaise qualité et d'autres conditions débilitantes. Je pense que ces faits sont analogues à ceux qui se produisent dans les expériences de M. Magendie, sur les yeux des chiens soumis à une alimentation incomplète. Je n'ai pas eu jusqu'ici à observer des faits de cette espèce, mais je crois qu'il ne conviendrait pas alors de se borner au traitement local ; il faudrait y joindre un bon régime, convenablement réparateur, un air pur et l'usage des toniques, des amers, du quinquina. »

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1849-1850. — N° 11.

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1850. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

RAPPORTS ET DISCUSSIONS.

Rapport de la Commission chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours sur la question suivante : « Faire l'histoire de l'albuminurie (maladie de Bright), *en insistant d'une manière spéciale sur la nature de la maladie. »* — M. RAIKEM, rapporteur.

Quatre mémoires vous sont parvenus en réponse à cette question.

Le mémoire coté n° 1 a pour épigraphe : *Les progrès des sciences physiques sont destinés à exercer une influence puissante sur l'avenir de la médecine.* L'auteur de ce mémoire s'est explicitement fait connaître par la note suivante, qu'on lit au bas de la page 209 : « Voyez mes recherches anatomico-pathologiques sur la cirrhose du foie, dans les *Archives générales de médecine*, année 1840 ». Comme une des conditions pour que les concurrents puissent prétendre au prix est que leur nom soit inconnu des juges, ou ne leur soit point révélé par la faute des compétiteurs, nous avons pensé que nous ne pouvions admettre ce travail au concours, et partant, nous nous abstiendrons de vous en rendre compte.

Les trois autres mémoires, côtés n°s 2, 3 et 4, n'offrant rien qui doive les exclure de la lutte, feront l'objet du rapport que je vais avoir l'honneur de vous présenter au nom de la Commission.

Nous croyons, Messieurs, qu'en mettant au concours la question sur l'albuminurie ou maladie de Bright, l'Académie n'a pas entendu que les concurrents s'occupassent de toutes les maladies dans lesquelles les urines se présentent accidentellement chargées d'albumine, telles que la scarlatine, la fièvre typhoïde, la phthisie pulmonaire, les maladies du cœur, etc., mais simplement et uniquement de la maladie dite de Bright, c'est-à-dire, de l'hydropisie accompagnée d'urines albumineuses.

Un grand nombre d'opinions existe dans la science sur la nature de cette maladie ; il est inutile de les énumérer : cela nous serait d'autant plus facile que M. Rayer, dans son excellent traité sur les maladies des reins, ainsi que l'auteur de l'un des mémoires que nous avons sous les yeux, l'ont fait avec beaucoup de soin et de sagacité. Néanmoins, malgré leur vaste érudition et les nombreux détails qu'ils nous donnent, ils tracent un tableau historique incomplet de l'état *actuel* des connaissances sur la maladie dont il s'agit, puisqu'ils ne font aucune mention de quelques travaux récents qui s'y rapportent, parmi lesquels nous signalerons, à cause de leur importance : 1° un mémoire du docteur John Simon, inséré dans le volume trentième des *Transactions médico chirurgicales*, publiées par la Société médico chirurgicale de Londres, en 1847 ; 2° un mémoire du docteur Georges Johnson, publié dans le même volume ; et 3° le savant article que M. J. Henle, professeur d'anatomie et de physiologique à Heidelberg, a consacré à la maladie de Bright, en 1848, dans la deuxième livraison du second volume de son *Manuel de pathologie rationnelle* qui s'imprime à Brunswick, ouvrages où l'on peut puiser des matériaux propres à élucider divers points controversés du problème à résoudre, et sur lesquels nous nous permettrons de jeter un simple coup d'œil.

Dans son mémoire qui est relatif à l'*inflammation subaiguë du rein*, le docteur John Simon s'est proposé d'appeler l'attention sur quelques altérations de ce viscère, peu étudiées, qui commencent par une inflammation, tendent à le désorganiser entièrement, affectent pendant la vie une marche lente et insidieuse et ne laissent pas toujours, dans le cadavre, des traces susceptibles de frapper un observateur superficiel.

Les affections latentes auxquelles il fait allusion consistent 1° dans une *oblitération*, une disparition plus ou moins considérable de tous les éléments organiques caractéristiques de la texture intime du rein; 2° dans la tendance à une compensation de cette perte au moyen d'un nouvel appareil sécrétoire formé de kystes, dont les plus petits ne seraient originairement que de simples cellules à

noyau, semblables aux cellules épithéliales sécrétoires normales de cette glande.

Contrairement à l'opinion généralement admise, en ce qui concerne les altérations rénales qui coïncident avec les deux stades extrêmes assignés à la maladie de Bright, le docteur Simon penche à croire, d'après ses recherches, que le rein contracté et le rein tacheté ou granulé tiennent à deux altérations différentes. Il pense que l'exactitude de la nomenclature exigerait que le nom de maladie de Bright fût exclu de la science, et que, pour éviter toute ambiguité, il faudrait appliquer à la classe la plus nombreuse d'affections dont il traite le nom de *néphrite sub-aiguë*.

Pour ce qui regarde la *dégénérescence graisseuse*, illustrée par Johnson, laquelle entraîne rarement après elle la contraction du rein, il voudrait la distinguer de l'affection précédente, en la nommant *dégénérescence scrofuleuse*, parce que son origine est toujours *sui generis* et n'est pas inflammatoire, quoiqu'il ait toujours vu la néphrite sub-aiguë entée sur elle.

Le docteur John Simon termine ses recherches par les conclusions suivantes :

La néphrite sub-aiguë n'est pas moins fréquente que la phthisie pulmonaire ; elle est latente dans les deux tiers des cas. Pendant la vie, ses symptômes passent inaperçus, d'une part, eu égard à leur peu d'évidence ; de l'autre, parce qu'ils se présentent chez des sujets déjà atteints de troubles constitutionnels graves. A la nécroscopie, on néglige ordinairement d'en rechercher les traces organiques, qui impriment rarement dans le rein affecté ces profondes altérations qui frappent les regards de l'observateur superficiel. Il lui est arrivé maintes fois, ajoute-t-il, après une autopsie, de trouver des reins rugueux ou granuleux, qu'on estimait parfaitement sains, quoique leur texture normale fût tout à fait abolie.

Le docteur Georges Johnson, dans son travail *sur les maladies inflammatoires du rein*, divise ces maladies en deux classes. Dans la première, il range celles qui résultent d'une cause locale, et dans la seconde, celles qui dépendent d'une cause constitutionnelle, ou, pour parler plus précisément, d'une condition anormale du sang. C'est seulement de cette dernière classe qu'il entend parler.

Il expose avec beaucoup de détails les investigations auxquelles il s'est livré et les motifs qui l'ont conduit à reconnaître quatre conditions pathologiques de ces phlegmasies rénales, savoir :

1° La néphrite desquammative aiguë ;
2° La néphrite desquammative chronique ;
3° La dégénérescence adipeuse simple ;

4° Une combinaison de la dégénérescence adipeuse avec la néphrite desquammative.

Dans un rein qui a été le siége d'une inflammation chronique, on peut, suivant le docteur Johnson, distinguer des canalicules urinifères plus ou moins resserrés ou rétractés par suite de la perte de leur épithélium. Quelquefois leur membrane fondamentale est plissée et ressemble à du tissus fibreux. A la destruction des tubes urinifères succède une diminution de la substance corticale. Cette diminution fait des progrès successifs jusqu'à ce que le rein devienne granulé et rétracté. Lorsqu'on place sous le microscope une mince tranche d'un rein ainsi atrophié, on voit un tissu fibreux abondant constitué par quelques restes de la membrane fondamentale des canalicules urinifères et par du tissu fibreux de nouvelle formation.

Pour rendre compte de la petite quantité de principes salins excrétés par les reins dans la néphrite chronique, en supposant que les cellules épithéliales des canalicules urinifères soient les agents qui séparent du sang les matériaux solides du sang, il faut admettre, selon lui, que la diminution de ces principes dans l'urine devra être proportionnée à la destruction de ces cellules.

Il croit que la dégénérescence adipeuse du rein, forme essentiellement distincte de la néphrite sub-aiguë, peut se présenter elle-même sous deux formes: Dans l'une, qui constitue la *dégénérescence adipeuse simple*, les canalicules urinifères sont presque uniformément distendus par des cellules épithéliales contenant des globules huileux. Quand l'affection est parvenue à un haut degré, l'albuminurie, et les taches ecchimotiques que présente alors le rein sont le résultat d'une hypérémie passive des vaisseaux de Malpighi occasionnée par la pression que les canalicules urinifères engorgés exercent sur le plexus *porte*. Dans la seconde espèce distincte de *stéarose*, le docteur Johnson nous apprend qu'on trouve la substance corticale moltasse, pâle, parsemée d'un grand nombre de petites taches opaques et jaunâtres. Le rein est, dans ce cas, presque toujours augmenté de volume. Quelquefois la substance corticale est granulée et légèrement atrophiée ; cependant, l'atrophie n'atteint jamais le degré considérable qu'elle offre fréquemment dans la néphrite chronique. Au microscope, on rencontre des tubes entortillés remplis plus ou moins d'huile. Les taches opaques, jaunes, disséminées sur le rein, ne sont autre chose que des canalicules urinifères distendus et en partie déchirés par la matière adipeuse qu'ils renferment ; les plaques rouges sont formées par des canalicules flexueux gorgés de sang. Les cellules qui contien-

nent de l'huile sont, pour la plupart, moins volumineuses, plus transparentes et moins irrégulières dans leur contour que l'épithélium sain ordinaire; elles sont en plus grand nombre, et parfois tellement remplies d'huile qu'elles apparaissent sous une couleur noire. Plusieurs parties de l'organe affecté présentent souvent alors les altérations propres à la néphrite desquammative. Cette dernière forme de la *stéarose* du rein s'associe quelquefois à la dégénérescence adipeuse du foie, moins souvent cependant que la première.

De ces observations, le docteur Johnson infère que les deux espèces de formes *stéarose* sus-indiquées ne s'engendrent pas dans le rein même, mais sont plutôt une manifestation locale d'un état morbide constitutionnel plus général. Suivant lui, les altérations que cet organe subit se rapportent à son office pathologique, qui consiste, dans cette circonstance, à séparer du sang des matériaux dont la rétention préjudicierait à sa composition normale.

Quant au traitement, le docteur Johnson ne voit que deux indications à remplir : 1° prévenir la formation ultérieure ou le développement des produits dont l'excrétion par le rein est susceptible de causer ou de produire de graves altérations de structure dans cet organe; 2° alléger autant que possible le rien dans son travail excrétoire, en stimulant ou en favorisant l'action d'autres organes éliminatoires, tels que la peau et les intestins.

M. le professeur Henle, dans l'article précité de son *Manuel de pathologie rationnelle*, établit que le symptôme prédominant de la maladie de Bright est la présence de l'albumine dans l'urine. Néanmoins, il pense que l'albumine peut manquer dans l'urine, quand les reins sont affectés de la dégénérescence caractéristique, et que d'un autre côté, l'urine peut contenir de l'albumine sans que cette altération existe. Il ne faut pas croire, suivant lui, que dans quelques maladies autres que la maladie de Bright, lesquelles s'accompagnent parfois d'albuminurie, les reins ne soient pas affectés. En semblables cas, on doit admettre que les vaisseaux de ces organes ont subi des modifications, voire même des déchirures. C'est à une congestion du parenchyme rénal qu'il rapporte les changements qui surviennent dans leur texture.

Après avoir indiqué les résultats des recherches anatomiques faites sur les reins dans la maladie de Bright, il déclare qu'il considère comme l'élément le plus important de la dégénérescence rénale qui lui est propre, le développement d'un tissu fibreux adventice qui, au fur et à mesure qu'il se forme, augmente la contractilité du parenchyme et l'appauvrit en vaisseaux.

Il dit avoir trouvé, comme Johnson et Bowman, que, dans la

substance corticale les *glomérules* sont intacts, quoique Simon les ait vus affaissés au fond de leur capsules, et que Toynbee prétende avoir aperçu leurs artères afférentes, ainsi que leurs ramifications, augmentées dix fois de volume.

Dans l'état actuel des connaissances, on comprend, suivant M. Henle, sous le nom de dégénérescence de Bright, trois états morbides différents : 1° l'état décrit par Johnson, qu'on pourrait appeler *stéarose des reins* (1) ; 2° l'affection décrite par Simon, comme une inflammation catarrhale des reins, dont le caractère essentiel est la *déchirure des canalicules urinifères* et la *formation de kystes ;* et 3° la *cirrhose* des reins, lésion accompagnée d'une diminution de leur volume, due à la formation de nouvelles fibres contractiles dans leur parenchyme.

A ces trois espèces d'affection rénale de Bright, il croit qu'il faut ajouter : 4° *l'œdème des reins*, qui n'arrive jamais sans déchirure des vaisseaux sanguins et des canalicules urinifères, et ne peut être entièrement séparée de l'exsudation plastique ; et 5° la *néphrite desquammative aiguë.*

Relativement à la question de savoir si la dégénérescence de Bright est cause ou effet de l'albuminurie. M. Henle pense que si ce qui concerne la *stéarose des reins* est vrai, ce serait un cas où la modification de leur structure produit consécutivement des épanchements de sérosité et a existé avant eux. Dans les autres formes susmentionnées de la lésion des reins, il reconnaît que la présence de l'albumine dans l'urine n'est pas, il est vrai, la cause des changements anatomiques, mais que ceux-ci et celle-là proviennent de la même source, savoir : la dilatation et la déchirure des vaisseaux. Selon lui, l'existence de l'albumine dans l'urine est un symptôme essentiel de toute espèce de congestion ou d'inflammation des reins. Si elle a fait défaut dans les cas aigus, c'est seulement parce que la sécrétion a cessé en même temps que la circulation dans les parties malades; ou bien parce que l'obstruction des voies urinaires, cause de l'inflammation, a retenu l'urine; ou enfin parce que l'albumine en trop petite quantité, n'a pu être reconnue par les réactifs.

Parmi les causes éloignées de l'albuminurie et de l'hématurie,

(1) Le nom de *stéarose* a été introduit dans la science par M. Gluge. Ce professeur pense qu'à la suite d'affection diverses, les reins éprouvent des dégénérescences morbifiques différentes, qui toutes sont comprises sous la dénomination collective de maladie de Bright. Il croit pouvoir les rapporter à trois formes : 1° inflammation; 2° dépôt de graisse dans la substance corticale ; 3° dégénérescence d'une forme indéterminée. Ces formes, suivant lui, se rencontrent isolement ; peut-être existent-elles aussi simultanément. (*Deux cas d'albuminurie chez le cheval*, par M. le professeur Verheyen ; Bruxelles, 1843, p. 16).

il compte tout ce qui occasionne un ralentissement ou un arrêt du cours du sang dans les reins.

Quand, sans d'autres symptômes phlegmasiques, l'urine contient beaucoup d'albumine, la congestion veineuse ou passive des reins est plus probable, à son avis, que la congestion artérielle ou irritative.

Il pense qu'il n'y a que les causes mécaniques qui gênent le cours du sang veineux. Ces causes peuvent être locales, n'agir que sur les reins, ou bien être générales et étendre leur influence sur la circulation dans les deux veines émulgentes, dans une plus ou moins grande partie du système veineux, dans la veine cave inférieure.

L'analyse des causes extérieures n'a encore, suivant lui, jeté aucune lumière sur la maladie de Bright, et il en sera ainsi aussi longtemps qu'on cherchera à en évaluer l'action d'après une idée préconçue sur l'essence de la maladie Il croit que la congestion et l'altération des reins ne peuvent être la conséquence de l'hydropisie; que l'affection rénale peut être regardée comme cause de l'hydropisie dans les cas où les symptômes de la première, mais surtout la présence dans l'urine des éléments du sang, ont précédé le début, quand on n'a pu découvrir d'autre cause de l hydropisie; qu'il est plus probable que l'affection rénale et l'hydropisie dérivent d'une même cause quand elles débutent toutes les deux ensemble et que l'albuminurie vient se joindre à une hydropisie préexistante, comme cela arrive dans beaucoup de maladies du cœur.

Il peut encore arriver, dans certains cas peu communs, ajoute M. Henle, que l'hydropisie soit le résultat de nouvelles influences nuisibles, et que la maladie des reins ne fasse qu'établir la disposition à l'hydropisie. Cette succession est, selon lui, admissible quand, après une cause occasionnelle évidente, comme un refroidissement par exemple, surtout dans les premières phases de la maladie de Bright, l'anasarque apparaît d'une manière rapide et passagère.

Après avoir rappelé en peu de mots les travaux des docteurs John Simon, Georges Johnston et J. Henle, publiés en 1847 et 1848, nous ferons remarquer que les opinions émises sur la nature de l'albuminurie peuvent toutes se résumer sous deux chefs. Le premièrechef comprend les doctrines de ceux qui considèrent l'hydropisie avec urine albumineuse comme une maladie locale primitive des reins; et le second, les opinions de ceux qui, tout en admettant les lésions de l'organe sécréteur des urines, les envisagent comme l'effet d'une altération primitive du sang.

La tâche des concurrents était, ce nous semble, de présenter une explication propre à faire connaître la nature de la maladie, ou, en s'appropriant l'une ou l'autre de celles qui sont aujourd'hui proposées, de la développer, de l'appuyer de faits, de recherches, d'expériences et de raisonnements, afin de dégager la question de l'obscurité dans laquelle elle est restée jusqu'ici enveloppée.

Le mémoire n° 2 a pour divise : « *Démolir, c'est quelquefois forcer à reconstruire sur de meilleures bases.* »

La commission estime que le mémoire n° 2 ne satisfait pas aux termes du programme.

Le mémoire n° 4 est intitulé : *Histoire de l'albuminurie, avec réfutation de la doctrine du docteur Bright et de son école sur les dégénérescences rénales.* Il a pour épigraphe :

« *Sire, le Congrès n'est qu'une mystification générale.* » (Fouché.)

Judex damnatur cum nocens absolvitur. (Publius Syrus.)

Nous pensons que l'auteur du mémoire n° 4 a avancé, au milieu de beaucoup d'hypothèses, quelques vérités et a insisté d'une manière spéciale sur la nature de la maladie de Bright, comme le voulait l'Académie. Mais, comme il a négligé un grand nombre de points importants de la question, entre autres celui du traitement, nous estimons qu'il n'a point satisfait aux conditions du programme.

Le mémoire n° 3 porte pour épigraphe : « *Je ne puis souscrire à l'opinion chaudement défendue tant à Londres qu'à Edimbourg par des hommes d'un talent distingué, que l'état albumineux des urines dans l'hydropisie dépend d'un changement dans la texture des reins.* (Graves, *Encycl. des sc. méd.*, 1834 ; tom. XXVII, p. 175. »

La commission ne peut se dissimuler que le mémoire n° 3 présente des lacunes et des imperfections. Néanmoins elle le considère comme très-recommandable : il a dû coûter à son auteur beaucoup de recherches, d'observations et de méditations, et témoigne manifestement de vastes connaissances qu'il possède et de la manière consciencieuse avec laquelle il s'est efforcé de résoudre la question proposée par l'Académie ; c'est, à notre avis, une bonne monographie de l'albuminurie.

L'idée fondamentale tendant à faire dépendre cette maladie d'un état morbide du sang, a, comme vous le savez, Messieurs, cours dans la science depuis plusieurs années, et les développements dont l'auteur l'a entourée, les arguments, les faits et les expérimentations qu'il invoque à l'appui, ne sont pas tels, suivant nous, qu'il

puisse la revendiquer comme sienne. D'un autre côté, il ne nous semble pas être parvenu à démontrer incontestablement que, dans tous les cas de maladie de Bright, le sang est primitivement altéré, tandis que les reins ne seraient toujours affectés que consécutivement à cette viciation primordiale du sang, dont, au reste, la notion ne nous paraît pas encore avoir été bien précisée. Cependant, nous reconnaissons que l'auteur a ajouté quelque chose aux raisons qui militent en faveur de l'altération primitive du sang, considérée comme cause de cette maladie.

Tout en refusant le prix intégral à l'auteur, nous proposons de lui accorder une médaille d'encouragement de 300 francs ; de faire imprimer son travail dans le recueil des Mémoires de l'Académie, et d'inscrire honorablement son nom sur la liste des candidats aux places vacantes de membre correspondant.

En terminant notre mission, nous proposons à l'Académie, pour dernière conclusion, de retirer la question du concours.

Le billet cacheté annexé au mémoire n° 3, qui a obtenu la médaille d'encouragement, ayant été ouvert, M. le Président proclame le nom de l'auteur, M. François-Joseph Malcorps, docteur en médecine et en chirurgie à Louvain.

Les billets cachetés joints aux autres mémoires sont brûlés en séance.

Rapport de la Commission chargée d'examiner le mémoire envoyé au concours sur la question suivante : « Déterminer la valeur de l'auscultation et de la percussion appliquées aux maladies de poitrine du cheval ; établir, par des faits, les lésions des organes thoraciques que ces méthodes permettent de diagnostiquer. » — M. Lebeau, rapporteur.

Ce mémoire, très-bien fait, écrit avec une élégante simplicité, est destiné, comme me l'écrit un des honorables médecins vétérinaires qui composent la Commission dont j'ai l'honneur d'être rapporteur, à jeter une vive lumière sur le point le plus important et jusqu'à ce jour le plus obscur de la pathologie vétérinaire; il sera un excellent guide pour le praticien appelé à traiter les maladies des organes thoraciques des animaux.

La Commission conclut à ce que le prix soit décerné à son auteur, l'ouvrage imprimé dans le recueil des mémoires de l'Académie, et le nom de l'auteur inscrit sur la liste des aspirants au titre de membre correspondant.

— Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

L'ouverture du billet cacheté annexé au mémoire, fait connaître

que l'auteur est M. le docteur J. Crocq, lauréat de l'Académie, prosecteur à l'Université de Bruxelles.

Rapport de la Commission chargée de l'examen des mémoires envoyés au concours sur la question relative à l'influence des sciences physiques et chimiques sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies. — M. Mareska, rapporteur.

Votre Commission, croit devoir vous proposer :

D'accorder le prix à l'auteur du mémoire qui porte pour épigraphe : « Comment pénétrer dans ces mystérieux phénomènes « de la vie, si le seuil qui nous y conduit nous est inconnu ? »

D'accorder une mention très-honorable au mémoire inscrit sous la devise : « Chaque découverte n'est qu'un pas vers quelque « chose de plus élevé dans le cours mystérieux des choses ; »

D'imprimer l'un et l'autre mémoire dans le recueil des mémoires de l'Académie ;

Et d'inscrire honorablement les noms des auteurs au nombre des candidats aux places de membres correspondants de l'Académie.

Il est décidé que le prix est décerné au mémoire portant pour épigraphe : « Comment pénétrer dans les mystérieux phénomènes de la vie, si le seuil qui nous y conduit est inconnu ? »

L'auteur est M. le docteur Saucerotte, officier de l'Université de France, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Lunéville, membre correspondant de l'Académie nationale de France, etc., à Lunéville (Meurthe).

La deuxième conclusion est également adoptée, avec cette modification, que la mention honorable accordée au mémoire portant pour épigraphe : « Chaque découverte n'est qu'un pas vers quelque chose de plus élevé dans le cours mystérieux des choses » consistera en une médaille en vermeil.

L'auteur, est M. Eugène Rey, docteur en médecine à Montbrison (Loire).

Le billet attaché au mémoire qui n'a pas obtenu de distinction, est brûlé en séance.

La troisième conclusion du rapport est adoptée.

OCT. 1850.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Quantité d'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ÉTAT DU CIEL OU ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°			
1	738,76	9,7	14,1	8,5	3,44	SO.-NO.	Assez beau; pluie le soir.
2	749,84	9,5	13,9	8,1	1,27	NO.-NNO	Beau, mais brumeux.
3	755,83	9,3	13,4	6,1	0,25	OSO.-SSE.	Sombre, brumeux.
4	755,39	10,0	15,0	7,3	»	SSE.-ENE.	Très-beau, brouillard.
5	752,74	12,9	15,4	8,3	»	ENE.-SO.	Sombre; pluie et grêle l'après-midi.
6	754,07	9,2	15,5	6,3	0,76	OSO.-S.	Très-beau.
7	746,21	10,7	14,8	8,2	0,64	SSO.-OSO.	Pluie le matin ; assez beau mais vent le reste du jour.
8	750,40	11,8	15,5	9,7	»	OSO.-SO.	Assez beau.
9	755,61	10,4	15,3	8,3	»	SO.-OSO.	Sombre.
10	756,24	9,3	14,2	6,8	»	O ON.	Assez beau le matin, pluie l'après-midi et le soir.
11	750,58	7,9	12,9	6,6	6.87	OSO.	Pluvieux.
12	762,04	7,5	11,3	4,1	1,91	N.-NNO.	Beau mais froid ; pluie légère l'après-midi.
13	764,34	8,0	11,1	4,9	0,76	OSO.-O.	Beau le matin, sombre l'après midi; pluie fine le soir.
14	760,35	8,2	10,2	6,9	0,38	OSO.	Vent froid, sombre mais assez beau.
15	758,07	9,0	10,8	7,8	1,40	OSO.-ONO.	Très-beau.
16	761,64	6,3	10,9	3,5	»	OSO.-O.	Superbe.
17	760,74	7,8	12,5	4,6	»	OSO.	Assez beau.
18	761,11	10,1	14,0	7,5	»	OSO.	Assez-beau.
19	756,32	12,2	14,8	10,2	»	OSO.	Sombre, venteux; pluie légère l'après-midi.
20	753,36	10,8	14,6	9,4	2,42	ONO.-ESE.	Pluvieux.
21	753,74	4,8	11,7	3,2	0,76	ESE.-ENE.	Très-beau, mais froid.
22	759,11	3,3	9,4	0,2	»	ENE.-SSE.	Nuageux, très-beau le soir.
23	746 53	2,9	7,0	— 0,2	»	SO.-S.	Sombre et venteux.
24	742,14	3,0	6,7	1,3	»	SE.-ESE.	Assez beau le matin ; gris l'après-midi et le soir.
25	742,93	2,3	6,0	0,6	»	E.	Sombre.
26	747,51	3,4	6,1	0,1	»	SO. O.	Sombre et brumeux.
27	754,37	2,1	8,1	0,9	»	O.-SSO.	Beau.
28	747,78	5,2	9,6	1,9	1,53	SSO.	Pluie continue et vent froid.
29	740,57	5,3	7,1	4,5	17,93	NO.-O.	Pluie continue ; elle cesse le soir.
30	751,52	3,4	7,5	1,5	4,46	SO.	Beau le jour ; sombre et brumeux le matin et le soir.
	753,90	7,8	10,3	5,8	0,25	OSO.-O.	Sombre et brumeux.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

PHARMACOLOGIE. — 1. *Des préparations d'or sous les points de vue chimique et pharmaceutique ;* par MM. A. LEGRAND, docteur en médecine, et D. . . , maître en pharmacie.

(Gazette médicale de Paris, N° 45; 1850.)

Lorsque l'un de nous publia dans ce journal son mémoire : *De l'action des préparations d'or sur notre économie*, plusieurs médecins parurent regretter qu'elles fussent peu connues, quant à leur mode de préparation et d'administration : c'est cette lacune que nous allons combler aujourd'hui.

On emploie maintenant six préparations qui ont l'or pour base : 1° le métal pur ou l'or divisé ; 2 et 3° deux oxydes, l'*oxyde d'or par la potasse* , ou l'*or potassique* et l'*oxyde d'or par l'étain*, ou *stannate d'or*; 4° un sulfure, le *sulfure d'or*, introduit tout récemment dans la thérapeutique par le docteur A. Legrand ; 5° et 6° deux sels, le *perchlorure d'or et de soude* et le *cyanure d'or.*

1° L'*or divisé*, qui est la préparation la plus douce , et cependant la plus puissante, mais aussi la plus coûteuse, l'or divisé peut s'obtenir de deux façons : par un procédé mécanique et par la voie chimique.

En effet , à l'aide d'une lime très-fine , on peut réduire en poudre presque impalpable un lingot d'or sur la pureté duquel on puisse compter. On peut se servir avec autant d'avantage des ducats de Hollande, qui sont connus pour ne renfermer aucun alliage. Ce procédé entraîne une grande perte de temps et aussi une assez grande perte de métal ; de sorte que la poudre aurifère

ainsi préparée deviendrait fort coûteuse : aussi faut-il n'avoir généralement recours, pour se procurer cette préparation, ainsi que toutes les autres, qu'à la voie chimique.

Pour obtenir toutes les préparations d'or, la première opération à laquelle il faille se livrer (et ce n'est pas la moins importante) est d'obtenir la solution de ce métal. Tout le monde sait, quoiqu'il soit attaqué par un mélange d'acide chromique et d'acide hydrochlorique, et qu'il se dissolve bien dans le chlore seul, tout le monde sait, disons-nous, que son véritable dissolvant est l'acide hydro-chloro-nitrique, anciennement appelée *eau régale.*

On prend donc :

Or pur, laminé et divisé en petits fragments. . .	1	partie.
Acide hydrochlorique à 22°—1,17 de densité. .	3	—
Acide nitrique à 22° — 1,26 de densité. . . .	1	—

L'or étant introduit dans un matras à col long et étroit, on verse dessus l'eau régale et on laisse la dissolution s'opérer à froid; ce qui demande un peu de temps. Quand elle est accomplie, on a un liquide d'un beau jaune doré, sans aucune espèce de dépôt, si l'or employé était parfaitement pur; ou autrement, avec un dépôt de chlorure d'argent, ce qui exige qu'on le décante avec précaution. Ce liquide est le *muriate d'or acide,* employé par l'un de nous, et plus tard par M. Pétrequin comme caustique. La solution d'or dans l'eau régale, évaporée avec soin une première fois au bain-marie, est reprise trois ou quatre fois par l'eau distillée et évaporée de nouveau (après l'avoir filtrée la première fois), elle donne de beaux cristaux de couleur topaze, mais fort humides et fort deliquescents. C'est ce deuto-chlorure que Chrestien employa pour ses premiers essais, mais auquel il ne tarda point à renoncer à cause de sa causticité et de sa déliquescence, ainsi que de sa trop grande activité.

L'or est précipité de sa dissolution par presque tous les corps de la nature (nous en excepterons cependant les acides minéraux). Cette précipitation s'opère difficilement en entier, si un excès d'acide s'oppose à ce qu'elle soit complète. Aussi, évaporer plusieurs fois la première solution aurifère, afin de la rendre la plus neutre possible, en même temps qu'on l'étend de beaucoup d'eau; aussi sont-ce là des moyens d'obtenir facilement des précipités abondants.

Nous allons maintenant exposer les meilleurs procédés pour obtenir, avec cette première solution aurifère, les divers produits employés en médecine.

Or divisé. — On prend du perchlorure d'or préparé comme il a été dit plus haut, et on le fait dissoudre dans

Eau distillée. . . . . 100 parties.

On filtre et on fait une seconde dissolution avec.

Oxalate de potasse neutre. . . . . 2 parties.
Eau distillée. . . . . 40 —

On filtre et on verse en une seule fois dans la dissolution aurifère. Quand la réaction, qui s'établit presque immédiatement, a tout à fait cessé, on décante et on obtient un nouveau précipité en versant à plusieurs reprises une solution d'une partie d'oxalate dissous dans 40 parties d'eau. Les deux précipités réunis seront traités par l'acide nitrique concentré, qu'on étendra peu à peu de beaucoup d'eau. Ce procédé offre de grands avantages sur tous les autres : il est expéditif, peu coûteux, n'entraîne presque pas de perte et donne un très-beau produit. Il n'en est pas de même si on emploie le protosulfate de fer. Quant au procédé par l'*amalgame*, il est plus coûteux, et on doit tenir compte, pour s'abstenir d'en faire usage, de l'opinion de Fourcroy, qui pense que le mercure n'est jamais entièrement dissous par l'acide nitrique et que l'or en retient toujours quelques parcelles.

Oxyde d'or par la potasse. — Cet oxyde est le plus difficile à bien préparer ; il est aussi le plus coûteux. Il demande surtout une grande habitude pour être bien préparé, car sa préparation exige un certain *tour de main* qu'il est presque impossible de décrire.

Le perchlorure d'or obtenu précédemment (1 partie) est dissous dans

Eau distillée. . . . . 75 parties.

On filtre et on prépare une solution alcaline avec

Potasse caustique. . . . . 1 partie.
Eau distillée. . . . . 40 —

On filtre aussi et on verse peu à peu une partie dans la solution aurifère jusqu'à ce que celle-ci, perdant sa couleur jaune dorée, ait pris une teinte rouge brunâtre. On laisse agir pendant vingt-quatre heures, en agitant de temps à autre le vase qui contient les liqueurs. On recueille alors sur un papier joseph le précipité formé, qui est très-volumineux ; on expose ensuite pendant une demi-heure la liqueur filtrée à une température de 40° centigrades ; il se forme un nouveau précipité qu'on réunit au

premier. Il est bon d'essayer à plusieurs reprises la liqueur aurifère par la solution alcaline et par la chaleur, afin de ne pas éprouver de perte. L'eau mère contient encore de l'or en dissolution, car il n'est guère possible d'obtenir plus de 2 grammes d'oxyde sur 4 grammes d'or dissous ; mais en essayant cette même eau mère par le proto-hydro-chlorate d'étain, on obtiendra un nouveau précipité dont nous ne tarderons point à nous occuper. Il faut donc bien se garder de jeter cette eau-mère, pas plus que toutes les *eaux-mères* des autres préparations aurifères.

L'oxyde d'or par la potasse, obtenu par le procédé que nous venons d'indiquer, est lavé avec de l'eau distillée bouillante jusqu'à ce que les eaux de lavage n'entraînent plus de chlorure d'or; mais il faut que le lavage soit fait rapidement. Vauquelin a en effet reconnu le premier que cet oxyde était en partie soluble dans l'eau, et il nous est arrivé une fois, dans quelques essais de fabrication, de voir disparaître, en les lavant, 4 à 5 grammes de cet oxyde. Il faut faire sécher l'oxyde d'or par la potasse à l'air libre et à l'ombre, puisqu'il suffit d'une température peu élevée pour le réduire. Lorsqu'il est parfaitement sec, on le porphyrise légèrement.

M. Chamayou pense, et nous sommes assez disposés à partager son opinion, quoique nous n'ayons point expérimenté le procédé qu'il propose, qu'il serait préférable d'employer la magnésie dans la préparation de ce premier oxyde, comme en devant fournir une plus grande quantité avec plus de facilité dans le procédé que nous allons exposer.

Le chlorure d'or (une partie) obtenu précédemment est dissous dans

Eau distillée. . . . . 75 parties.

On fait chauffer cette dissolution avec un excès de magnésie, qui s'empare de l'acide hydrochlorique et précipite l'oxyde d'or en se précipitant en même temps en partie. Ce précipité, bien lavé, est traité avec de l'acide nitrique étendu d'un peu d'eau, qui dissout à l'instant même toute la base terreuse ; on décante et on lave jusqu'à ce que les eaux de lavage n'aient plus de saveur acide, puis on fait sécher le précipité à l'étuve. Ce procédé est, sans nulle espèce de doute, le meilleur pour obtenir l'oxyde d'or, et en employant un excès de magnésie, il reste peu d'or dans la liqueur.

Oxyde d'or par l'étain ou stannate d'or. — C'est la préparation la plus facile à obtenir et la plus avantageuse. Voici comment il faut procéder.

Le chlorure d'or obtenu précédemment (une partie) est dissous dans

Eau distillée. . . . . 2,000 parties.

On prépare une autre dissolution avec :

Proto-hydrochlorate d'étain. . . . 2 parties.
Eau distillée . . . . . 100 —

On filtre, et on allonge la solution de 400 parties d'eau distillée. On en verse une partie dans la liqueur aurifère, et il se produit instantanément un précipité de couleur de vin très-intense. En tâtonnant, on arrive à ne plus obtenir de précipité, malgré l'addition de nouvelles quantités de réactifs. Quand le précipité est bien établi, on décante, puis on lave à plusieurs fois avec l'eau distillée; on met égoutter sur un filtre, puis on fait sécher promptement.

Il importe beaucoup, pour bien préparer ce dernier oxyde, qui est fort connu et fort employé dans les arts sous le nom de *pourpre de Cassius*, d'avoir une dissolution d'étain qui soit à un degré constant d'oxydation, sans quoi le produit varierait dans sa nature et dans sa qualité. On obtiendra cette dissolution toujours égale en dissolvant des lames d'étain dans l'acide hydrochlorique à 12 degrés, filtrant et évaporant jusqu'au point de cristallisation. Ce sont ces cristaux qui servent à faire la solution indiquée plus haut. La quantité d'oxyde obtenue dans l'opération que nous venons d'indiquer paraît dépendre beaucoup du plus ou du moins d'eau ajoutée aux dissolutions d'or et d'étain. Ainsi 4 grammes d'or, dont la dissolution fut étendue de 10 litres d'eau mêlée à une dissolution d'étain aussi fort étendue, a donné plus de 20 grammes de précipité pourpre très-beau.

Cette préparation d'or est fort stable, fort active et d'un emploi très-commode.

Sulfure d'or. — L'un de nous a récemment introduit cette préparation dans la thérapeutique ; appliquée au traitement des dermatoses, elle rendra sans doute de grands services. C'est un composé facile à obtenir, stable et aussi d'une administration fort commode :

Voici comment on procède :

Le perchlorure d'or obtenu précédemment (1 partie) est dissous dans :

Eau distillée. . . . . 400 parties.

On prépare une autre dissolution avec :

Sulfure de potasse alcalin.	2 parties.
Eau distillée.	100 —

On filtre, et cette dernière solution est versée peu à peu dans la solution aurifère, où il se forme rapidement un précipité abondant noir, et qui, ainsi que le stannate d'or, dépasse toujours beaucoup en poids l'or employé.

Perchlorure d'or et de sodium. — Voici la préparation d'or la plus active, la plus vulgairement connue, quoiqu'elle ne soit pas toujours la plus employée par les médecins les plus familiarisés avec la médication aurifère.

Nous allons exposer avec soin les procédés un peu compliqués qu'il faut suivre pour obtenir ce beau sel triple.

Le perchlorure d'or (4 parties) obtenu précédemment est dissous dans :

Eau distillée.	36 parties.

On prend d'un autre côté :

Chlorure de sodium purifié et décrépit.	1 partie,

qu'on dissout dans :

Eau distillée.	6 parties.

Ces deux dissolutions étant filtrées séparément, sont réunies dans une capsule en verre d'un poids connu, et on fait évaporer lentement, sur un bain de sable, à feu très-doux jusqu'à ce que le liquide ne présente plus qu'un poids de 16 parties. On obtient par le refroidissement, une première cristallisation qu'on sépare du liquide par décantation. On fait dissoudre et évaporer une seconde fois et on obtient une cristallisation très-régulière, de couleur jaune pâle. Ces cristaux, posés un papier joseph, sont mis à sécher dans une étuve d'une température peu élevée ; car, par une chaleur trop forte, ces cristaux perdent leur diaphanéité et prennent une couleur rouge brun.

Le perchlorure d'or et de sodium cristallise en prismes quadrangulaires allongés ; il n'éprouve aucune altération à l'air libre, à moins que celui-ci ne soit très chargé d'humidité. Sa décomposition est opérée par tous les corps qui agissent sur le chlorure d'or.

Cyanure d'or. — C'est à M. le docteur Figuier qu'on doit le meilleur procédé pour obtenir cette préparation aurifère trop négligée par les thérapeutistes.

On prend du :

Perchlorure d'or précédemment obtenu. 1 partie,

qu'on fait dissoudre dans :

Eau distillée. . . . . 5 parties.

On filtre, pour séparer l'or qui aurait pu se réduire dans les dessiccations successives auxquelles on a soumis la première solution pour l'obtenir bien neutre.

D'un autre côté on fait dissoudre également :

Cyanure de potassium fondu (1). . . 1 partie,

dans :

Eau distillée. . . . . 6 parties,

dont on sépare par la filtration, la petite quantité de quadricarbure de fer qui s'y trouve mêlée.

Cela fait on divise en quatre fractions la solution de chlorure d'or, et on traite convenablement chaque partie par le cyanure de potassium dissous. On reconnaît qu'on a atteint le véritable point de saturation (qu'il importe de ne pas dépasser), lorsqu'on voit se former un précipité abondant couleur jaune serin, qui se dépose lentement au fond du verre à expérience. Le cyanure d'or ainsi obtenu est bien lavé à l'eau distillée, parfaitement séché et conservé dans un flacon.

Avant d'exposer les diverses formes pharmaceutiques sous lesquelles on administre les préparations d'or, et de dire les doses auxquelles on les donne, nous avons à indiquer la préparation d'une poudre parfaitement inerte, qui sert d'excipient au sel triple aurifère dont nous venons d'indiquer le mode d'obtention, et qui pourrait servir aussi pour mélanger avec le cyanure d'or.

C'est la *poudre d'iris,* mais nous le répétons, rendue complétement inerte en la traitant comme il va être dit.

On prend de poudre d'iris de Florence très fine, 1 kilog., qu'on lave d'abord à grande eau simple et qu'on fait bouillir une

(1) Il importe d'opérer avec du cyanure de potassium très pur, de même qu'il faut employer une liqueur d'or entièrement privée d'acide. Pour obtenir le cyanure, il faut suivre le procédé de MM. Robiquet et F. Boudet, qui a donné à son cyanure la dénomination de *cyanure de potassium fondu.*

première fois pendant une grande heure au moins, puis on décante. Ce premier résidu est repris par l'eau distillée chaude, puis tenu en contact pendant huit jours au moins avec cette eau, qu'on fait bouillir deux ou trois fois et qu'on a le soin d'agiter souvent. Au bout de ce temps, on décante, et le second résidu est repris par de l'alcool à 34°, et on laisse digérer encore deux ou trois jours au moins, en l'agitant souvent, après quoi on la fait bouillir. Ce troisième résidu est repris par de l'alcool absolu et traité de la même façon ; enfin le quatrième résidu est encore repris par l'éther, laissé en digestion pendant plusieurs jours, puis après l'avoir fait bouillir et décanter, on le lave à grande eau distillée chaude. On obtient de cette manière après quinze jours au moins de manipulations, 50 à 60 grammes d'une poudre (qu'il faut encore porphyriser), et qui *(quoique en conservant une odeur de violette marquée)* est sans action sur le sel aurifère avec lequel on le mélange dans les proportions suivantes :

Perchlorure d'or et de sodium. . . .	1 partie.
Poudre inerte d'iris.	3 parties.

A l'aide de la molette, on broie le sel aurifère avec une petite quantité de poudre d'iris bien desséchée sur le porphyre légèrement chauffé ; lorsqu'il est bien pulvérisé, on le tamise à travers un tissu serré ; les parties qui ne passent point au tamis sont de nouveau broyées, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le perchlorure soit parfaitement pulvérisé et mêlé à toute la poudre d'iris. On expose quelque temps ce mélange à la chaleur de l'étuve, pour le priver du peu d'humidité qu'il aurait pu retenir ; on l'enferme ensuite dans un flacon bien séché fermé à l'émeri, où il peut être conservé plusieurs années sans aucune altération si la poudre végétale a été bien préparée et si on le garde de l'humidité. Ce mélange est d'un jaune grisâtre extrêmement pâle ; la moindre altération dans sa couleur, qui passe au pourpre violet, annonce un commencement de décomposition du sel aurifère. On doit cesser de l'administrer sitôt qu'il offre cette même teinte pourpre violette que nous venons de signaler, et qui se manifeste aussi quand le papier qu'on emploie pour le fractionner n'est pas bien sec.

Mode d'administration des préparations d'or et indication des doses auxquelles il faut les administrer.

Nous avons, au début de cet article, inscrit les préparations d'or à peu près dans leur ordre d'activité. Toutes, à l'exception

du cyanure d'or que nous n'avons point expérimenté de cette façon, peuvent être administrées en frictions sur la langue ; disons même qu'il y aurait un immense avantage à ce qu'elles fussent toujours administrées sous cette forme. Toutes aussi, *à l'exception du perchlorure d'or et de sodium*, peuvent être données à l'intérieur, soit en pastilles soit en pilulles, soit incorporées dans du miel ou quelque confiture peu acide, telle que la gelée de pomme.

Pour cet ordre de médicaments comme pour tous les médicaments possibles, l'âge, la susceptibilité du malade et la nature de la maladie font varier les doses à l'infini ; mais en général on procède toujours par doses lentement croissantes, et pendant la durée d'un traitement un peu long, il faut souvent passer d'une préparation plus douce à une préparation plus active.

L'or divisé, soit en frictions sur la langue, soit à l'intérieur, se donne par dose de 1 centigramme à 25 et 30 centigrammes par jour.

Les oxydes et le sulfure, par doses aussi croissantes de 5 milligrammes à 5 centigrammes par jour ; pour le sulfure on peut élever la dose jusqu'à 10 centigrammes.

Le perchlorure d'or et de soude, associé à la poudre d'iris, est administré aussi par doses croissantes (et toujours pour le bien en frictions sur la langue) de 2 dix-milligrammes à celle de 10, 15 et même 20 centigrammes, ce qui ferait 5 centigrammes de sel aurifère par friction, dose considérable que M. Legrand n'a jamais atteinte qu'une fois et qu'il n'a jamais dépassée.

Pour être administrés à l'intérieur, l'or divisé, les oxydes, le sulfure d'or sont mêlés à un mucilage de gomme et de sucre, à du chocolat, à des extraits insignifiants (tels que les extraits de réglisse, de fumeterre, de douce-amère), ou bien pour remplir des indications particulières, à l'extrait de seconde écorce de gazon, ou à l'extrait de feuilles de noyer. L'or divisé, quand on veut le donner à de tout jeunes enfants, est incorporé dans du miel ou dans de la gelée de pomme dans les proportions de 5 centigrammes d'or divisé pour 25 à 30 grammes d'excipient.

Nous avons dit qu'on ne devait point administrer le perchlorure d'or et de sodium à l'intérieur ; M. Legrand a fait une seule exception à cette règle absolue, et il lui arrive assez souvent de l'administrer dans le sirop de tussilage ou de guimauve à la dose de 5 centigr. et même de 25 millgr. pour 250 grammes d'un de ces deux sirops, qui modifient sans doute en les atténuant les conditions chimiques du sel (puisque le sirop, ainsi additionné, se colore de plus en plus en vieillissant), mais qui certainement

ne réduisent pas le sel, car il n'a jamais de dépôt, effet qui est produit presque instantanément par le sirop de gomme.

Quant au *cyanure d'or*, il peut s'administrer aussi en frictions sur la langue, en l'associant à la poudre d'iris, ou bien à l'intérieur, en l'incorporant dans les substances que nous avons indiquées plus haut. De cette dernière façon, il exerce souvent sur les intestins une action purgative fâcheuse; aussi M. Legrand, suivant les errements de MM. Carron du Villars et Furnari (voy. *Bulletin général de thérapeutique*), ne l'emploient-il jamais que comme emménagogue. Dans ce cas, le sel aurifère est mis en suspension dans une potion spiritueuse et aromatique additionnée de gomme.

Enfin toutes les préparations d'or, même le perchlorure d'or et de soude, malgré sa décomposition assez lente du reste, peuvent être employées en pommade. Les doses varient pour l'or divisé et les oxydes de 25 centigr. à 1 gramme par 25 grammes de pommade de concombre, et pour le sel aurifère de 5 centigr. à 50 centigr. Le mélange doit toujours être fait sur le porphyre et à l'aide de la molette. Cependant pour l'or divisé, ce mode de manipulation a l'inconvénient de ramener la poudre d'or à l'état de paillettes, qui peuvent alors agir comme corps irritants.

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

2. *Lettre sur le mécanisme de l'érection;* par le docteur Aug. Mercier, à M. le docteur Debrou (d'Orléans).

(Gazette médicale de Paris, N° 46; 1850.)

Mon cher confrère,

J'ai lu, avec l'attention que je donne à tout ce qui émane de votre plume, votre travail *sur le mécanisme de l'érection* (*Gazette Médicale*, 1850, p. 698), dans lequel vous citez et combattez mon opinion. Que vous ne l'admettiez pas, je n'en suis pas surpris : la question est si ardue et tant de physiologistes éminents ont émis à ce sujet des opinions contradictoires!

Mais, vous le savez, un auteur est un père et il lui est par cela même permis d'avoir un faible pour ses productions. Permettez-moi donc de défendre mon explication, et pardonnez-moi de ne pas trouver vos objections aussi péremptoires qu'elles vous le paraissent.

Remarquez d'abord, mon cher confrère, que la théorie que

vous adoptez ne repose que sur des élements que vous regardez vous-même comme très-contestables et sur des recherches que vous dites très-sujettes à erreur (*Ibid.*, p. 729), tandis que la mienne n'a pour base que des faits palpables et faciles à saisir.

J'ai dit, en effet, que les muscles pelviens (releveurs de l'anus) ont une portion très imparfaitement décrite par les auteurs, et qui, placée de champ pour ainsi dire, naît derrière la symphise pubienne, cotoie la face latérale correspondante de la prostate et va s'unir avec les fibres longitudinales du rectum au moyen d'une intersection aponévrotique en V, qui a jusqu'à présent passé inaperçue et à laquelle adhèrent intimement les bords latéro-postérieurs de la prostate (*Recherches sur les maladies urinaires des hommes âgés*, p. 66. — *Recherches sur les rétrécissements de l'urètre*, p. 12) : ces faits sont facilement observables. Eh bien ! n'est-il pas évident que si ces plans musculaires viennent à se contracter, ils compriment les faces latérales de la glande en même temps qu'ils entraînent celle-ci contre la symphyse pubienne à laquelle ils adhèrent ? A ce dernier mouvement concourent d'une manière non moins efficace deux muscles, un de chaque côté, que j'ai nommés *pubio-prostatiques*, muscles qui s'étendent de la symphyse pubienne aux parties latéro-supérieures de la prostate, et dont tous les anatomistes, Winslow excepté, n'ont connu que les tendons antérieurs qu'ils ont désignés sous le nom de *ligaments pubio-prostatiques*.

Or, que trouvons-nous entre la symphyse pubienne et la face antérieure de la prostate ? Les sinus de Santorini, où viennent aboutir presque toutes les veines de la verge. Que trouvons-nous entre les faces latérales de cette glande et les plans musculaires qui les compriment ? Les plexus veineux prostatiques, qui sont les divisions des sinus de Santorini.

Tout ceci admis, il me semble impossible de comprendre que ces plans musculaires puissent se contracter d'une manière un peu durable sans entraver la circulation dans ces vaisseaux et sans provoquer la stagnation du sang dans les organes d'où ils émanent.

Maintenant y a-t-il, dans les muscles du périnée, pendant l'orgasme vénérien, une contraction tonique, soutenue et différente des mouvements momentanés, saccadés, que notre volonté leur imprime ? C'est un fait que vous dites contestable (*Ibid.*, p. 701). Quant à moi, mon cher confrère, je pense différemment.

Ne voit-on pas alors les cremasters se contracter plus ou moins fortement et trahir pour ainsi dire au dehors ce qui passe au dedans ?

Et quand l'orgasme est à son apogée, comment est-on averti que l'éjaculation va avoir lieu ? Par une détente qui se manifeste dans tout le périnée. Or comment se produirait cette détente, s'il n'existait préalablement une tension (1) ?

Pourquoi est-il si difficile d'uriner pendant l'érection, si ce n'est parce qu'il y contraction des muscles qui agissent sur l'urètre et sur le col de la vessie ? Ce n'est certainement pas à cause de la turgescence du tissu érectile, car vous pourrez vous assurer vous-même qu'elle n'est pas assez forte pour empêcher une sonde d'un bon calibre de traverser la région spongieuse sans difficulté.

D'un autre côté, je soigne en ce moment un malade qui m'a été adressé par un de nos anciens collègues, le docteur Maunoury (de Chartres), et qui est tourmenté par ces érections nocturnes que vous avez si bien décrites. Après l'emploi infructueux de plusieurs agents, et notamment de l'extrait de belladone que la théorie vous a conduit à conseiller, je résolus de recourir tous les soirs à l'introduction momentanée d'une sonde volumineuse, ce qui, pour le dire en passant, paraît bien faire. Eh bien ! chaque fois que je rencontre dans la partie profonde du canal,

(1) Peut-être les lecteurs seront-ils désireux de savoir comment j'explique l'éjaculation, phénomène si intimement lié avec celui qui fait l'objet de cette lettre. Voici ce que j'en ai dit :

« Pendant l'orgasme vénérien, le sperme se trouve pressé dans les vésicules séminales. Tant que les muscles pelviens se contractent et compriment les lobes de la prostate l'un contre l'autre, il ne peut passer dans l'urètre ; sans cela il s'écouterait peu à peu et continuellement : il ne pourrait y avoir d'éjaculation. Mais lorsque l'orgasme est à son comble, soudain ces muscles se relâchent et subitement aussi le sperme afflue dans le canal ; mais bientôt survient une contraction brusque et comme convulsive, et le sperme qui se trouve dans les régions prostatique et membraneuse se trouvant comprimé et ne pouvant passer dans la vessie qui est fermée par l'occlusion de son col, s'échappe dans la portion spongieuse ou plutôt au dehors ; car il ne peut séjourner dans cette partie, en raison de la turgescence de ses parois et de la contraction simultanée des muscles bulbo-caverneux. Un nouveau relâchement laisse arriver un nouvelle quantité de liquide, et une nouvelle contraction l'expulse. Souvent cependant ce n'est qu'à la deuxième ou même à la troisième que le sperme commence à s'échapper de l'urètre : cela a lieu surtout quand il n'y arrive pas en abondance.

» Dans ma théorie, il n'est pas nécessaire d'admettre une contraction spasmodique des vésicules séminales (Richerand), contraction si peu en rapport avec leur organisation ; une sorte de crispation analogue à celle du dartos serait suffisante. On voit aussi que, dans ce premier temps, j'attribue aux muscles pelviens un rôle tout autre que celui qu'on leur accorde généralement, puisque les physiologistes prétendent que, par leurs contractions brusques, ils expulsent ou aident à expulser le liquide contenu dans les vésicules séminales, tandis que je pense au contraire qu'il s'en échappe pendant le relâchement de ces muscles, fait qui s'accorde avec la faculté que l'homme a de retarder pendant quelques instants l'éjaculation en prolongeant volontairement le resserrement de ces muscles (*Rech. sur les mal. urin.*, etc., p. 96). »

qui est le siége d'une inflammation chronique (1), plus de spasme que d'habitude, je suis sûr que les érections seront plus fréquentes et plus pénibles pendant la nuit. Cette coïncidence n'annonce-t-elle pas un certain rapport entre les muscles qui sont le siége de ce spasme et les érections ?

Ainsi donc, à mon avis, par leur contraction, les bulbo-caverneux compriment le bulbe, et les ischio-caverneux les racines des corps caverneux ; mais il n'en résulte pas grand effet au point de vue qui nous occupe : la véritable cause de l'érection, c'est la compression des sinus de Santorini et de leurs divisions par la contraction des muscles pelviens et pubio-prostatiques.

Effectivement, en dehors de ces voies de retour, quelles sont celles qui peuvent donner passage au sang ? Je ne vois absolument que les veines satellites des artères honteuses internes. Eh bien ! je croyais et je crois encore avoir trouvé dans la longueur et les sinuosités de ces veines, et même, *lorsque l'érection est énergique,* dans la tension du grand fessier, des obstacles au libre parcours du sang dans ces vaisseaux.

Voilà ma théorie, voyons maintenant vos objections.

L'une est adressée par vous à tous ceux qui acceptent le fait d'un obstacle mécanique à la sortie du sang veineux ; vous dites : « Si l'érection persiste et dure longtemps, plusieurs heures, il faut bien qu'autant de sang sorte qu'il en entre, puisqu'on ne voit pas la gangrène survenir dans tous les cas d'érection permanente. Or, si autant de sang sort qu'il en entre dans l'érection prolongée, comment ne pas admettre qu'il n'en est pas ainsi dans l'érection ordinaire (*Ibid.*, p. 700) ? » Ceci, je vous l'avoue, ne me paraît pas une objection. Un obstacle survient sur le trajet du sang veineux : ce sang éprouvant là plus de résistance que ne lui en offre l'élasticité des tissus, s'accumule dans ceux-ci et les distend. Mais sitôt que leur distension fait équilibre à l'obstacle, le liquide, en raison du *vis a tergo,* force cet obstacle et passe sans que la distension des tissus cesse ; car supposons pour un instant qu'elle diminue, l'obstacle alors n'est plus équilibré, recommencerait à agir, et le sang se trouverait de nouveau arrêté. Remarquons d'ailleurs que cette objection s'adresserait aussi bien à la théorie que vous admettez qu'à la mienne.

Vous m'en faites une autre plus directe, c'est que si l'érection résultait d'un arrêt du sang veineux dans les sinus de Santorini et les plexus prostatiques, la réplétion de la vessie et l'hypertrophie de la prostate devraient comprimer ces vaisseaux beaucoup

(1) Je n'ai jamais vu jusqu'à présent de priapisme sans inflammation aiguë ou chronique de la partie profonde de l'urètre.

plus que ne le fait la contraction des muscles pelviens, et que cependant l'érection n'est pas alors un phénomène habituel.

Il n'est pas exact, suivant moi, de dire que la vessie, lorsqu'elle est distendue, presse sur les sinus de Santorini et sur les plexus prostatiques : loin de presser alors sur le plancher du bassin, elle tend, au contraire, à remonter dans l'abdomen comme l'utérus à une certaine époque de la grossesse ; vous avez constaté vous-même, j'en suis sûr, en pratiquant le cathéthérisme dans de telles circonstances, que l'orifice vésico-urétral est plus élevé et plus difficile à atteindre. Cette objection ne me paraît donc pas plus fondée que la précédente.

J'en dirai autant de l'hypertrophie de la prostate. Le plan vertical des muscles pelviens ne forme pas un anneau autour de cette glande ; celle-ci peut donc augmenter de volume sans en être étreinte; si son diamètre transversal devient plus grand, l'extrémité postérieur du plan musculaire gauche est plus écartée de celle du droit, voilà tout ; et d'ailleurs ce changement se fait avec tant de lenteur qu'il ne peut en résulter aucun effet appréciable sur les vaisseaux intermédiaires.

Enfin, à ce que j'ai dit que, dans les fortes érections, les veines honteuses internes sont elles-mêmes comprimées par les grands fessiers, vous m'objectez qu'il n'y a ici, comme en plusieurs autres points analogues, une arcade fibreuse qui protège les vaisseaux contre toute compression.

Une protection de ce genre existe en effet dans beaucoup d'autres points ; mais y a-t-il analogie complète ? Pour qu'une arcade fibreuse protége des parties contre une compression, il faut qu'elle ne puisse elle-même céder à cette impression : on comprend aisément que lorsqu'un vaisseau passe dans une gouttière osseuse et qu'une sorte de pont fibreux va d'un bord à l'autre, il ne puisse être comprimé ; mais j'ai beau examiner la face externe d'une épine sciatique, je n'y vois pas l'ombre d'une gouttière semblable.

Si je ne craignais de m'égarer dans le domaine de l'imagination, je pourrais à mon tour vous faire quelques objections ; mais je me contenterai de vous demander où se trouvent et comment sont disposées ces fibres musculaires intra-caverneuses qui, par leur contraction, produisent l'expansion de tout le tissu érectile, non-seulement dans la portion antérieure du corps caverneux, mais encore dans les cellules les plus reculées de ses racines, aussi bien au point d'émergence des veines que dans les parties qui en sont les plus éloignées ; je vous demanderai en particulier d'où provient la réplétion des veines dorsales qui

rampent sous la peau de la verge. Vous me direz peut-être que la distension de ces vaisseaux, qu'on ne peut contester en pareil cas, n'est pas aussi grande que celle des corps caverneux, et que cela devrait être si l'obstacle était le même ; mais cette inégalité s'explique facilement par les anastomoses que ces veines ont avec celles du voisinage, et notamment avec les saphènes internes. Il en résulte effectivement que le sang qui les remplit n'est pas, par le fait de l'oblitération des sinus de Santorini, complétement isolé du reste de la circulation : sa stagnation provient simplement de ce que ses communications sont moins nombreuses et surtout moins directes.

Voilà, mon cher confrère, ce que j'avais à vous dire. Mes raisons peuvent ne pas être de nature à porter la conviction dans votre esprit ; je vous prie toutefois de considérer la liberté que j'ai prise de vous les présenter comme une nouvelle preuve de mon estime profonde et de ma sincère amitié.

---

3. *Lettre sur la théorie de l'érection* ; par M. Debrou, d'Orléans.

(Réponse à M. le docteur Aug. Mercier.)

(Gazette médicale de Paris, N° 47, 1850.)

Malgré le plaisir que j'aurais à causer de science avec vous, j'ai hésité à répondre à la lettre que vous m'avez adressée par l'intermédiaire de ce journal. Tout désir de dérober au public un temps précieux, et de lui présenter des discussions inutiles ou personnelles, est loin de mon esprit ; et entre vos idées et les miennes sur le point qui fait l'objet de votre lettre, je laisserai volontiers chacun libre de choisir. Si donc aujourd'hui je vous adresse une courte réponse, c'est parce que je crains que, à votre insu sans doute, on n'étende à tout ce que j'ai dit la contestation que vous avez élevée sur un point circonscrit, et parce que je crois qu'il importe de poser nettement, pour ceux qui voudront s'en occuper plus tard, les véritables bases de la théorie de l'érection.

Il y a deux parties à considérer dans cette théorie : 1° une condition anatomique qui permet au sang de remplir la verge ; 2° une action nerveuse qui tient la disposition anatomique elle-même sous sa dépendance. J'ajouterai de suite que cette dernière partie à considérer est plus importante que la première, parce que seule elle peut rendre compte de ce qu'il y a de variable dans le phénomène, malgré l'état permanent et stable de la condition anatomique qui facilite la turgescence ; elle seule

explique, en effet, pourquoi avec *une disposition des veines et des muscles qui ne varie point, il y a des âges de la vie et des moments du même âge où l'érection est possible, et d'autres où elle ne peut avoir lieu.*

Si l'on examine les recherches qui ont eu l'érection pour objet, on trouve que tous les efforts se sont dirigés, depuis de Graaf, vers les conditions anatomiques de la stase du sang ; mais la difficulté même de ce point secondaire, difficulté attestée de nouveau par le débat qui nous sépare aujourd'hui, rejeta souvent les esprits vers une propriété aussi insaisissable qu'accomodante, l'*érectilité*, qui expliquait tout sans rien expliquer. Dans cet état de choses, j'ai cru avoir mis la main sur un fait de quelque valeur, en donnant un corps à cette propriété érectile, qui n'est autre chose à mes yeux *qu'une dépendance et une application de l'action réflexe de la moelle épinière;* et par là j'ai concilié, je le crois, ce qu'il y avait de vrai dans la manière de voir des partisans vitalistes de l'érection, avec l'opinion qui place surtout la cause du phénomène dans un moyen mécanique capable de permettre au sang de remplir la verge.

Pour agir avec son pouvoir réflexe sur la cause anatomique qui permet le séjour du sang dans les corps caverneux, la moelle a besoin de décharger son principe moteur sur une partie musculaire. Ici on peut choisir entre les muscles ischio-caverneux, comme le veulent Krause, Muller et Huscke ; ou les muscles profonds du périnée, que vous défendez avec autant d'art que de persévérance ; ou enfin les fibres musculaires intrinsèques du corps caverneux. Au fond, il importe assez peu, pour le succès de la théorie que je propose, que ce soit l'une de ces actions musculaires que l'on adopte plutôt que l'autre ; il me suffit de dire que je persiste à préférer l'action des fibres musculaires propres, décrites par Muller et Valentin, et que pas un mot de votre critique ne détruit l'application de l'action réflexe de la moelle à la théorie de l'érection.

J'ajouterai encore que, depuis la publication de mon mémoire, j'ai trouvé de nouveaux motifs pour ranger l'érection sous la dépendance de cette action de la moelle, et je me propose même, lorsque le loisir m'en sera laissé, d'y faire rentrer aussi l'explication des *pertes séminales involontaires*. Quelques malades affectés de ces pertes, que j'ai examinés avec soin, les expériences déjà anciennes de M. Ségalas sur l'éjaculation chez les cabiais, par l'irritation d'un point de la moelle cervicale, les faits et plusieurs inductions contenus dans l'ouvrage de M. Lallemand, tout me prouve que l'action réflexe de la moelle rend

compte de ces pertes de semence, aussi bien que de l'érection. Au reste, pour celui qui observe attentivement, les *érections nocturnes* ne sont qu'une variété amoindrie de l'affection qui cause les pertes séminales. Dans les deux cas, existe la même susceptibilité des organes génitaux de l'homme, à un degré différent toutefois, susceptibilité qui a sa source et sa cause le plus souvent dans un état de la moelle épinière, dans une grande facilité de l'action réflexe de cet organe à s'irradier vers le pénis et les vésicules séminales, et peut-être même dans un état d'une partie de la moelle qui serait le siége du principe de l'érection et de l'éjaculation. J'ai indiqué aussi déjà que l'incontinence nocturne d'urine, chez les enfants, est un fait physiologique du même ordre qui se range d'autant mieux sous la même loi que, d'après M. Lallemand, cette petite infirmité annonce, pour la puberté et l'âge mûr, une disposition aux pertes involontaires de sémence. Les faits assez nombreux cités par le même chirurgien, dans lesquels la spermatorrhée était entretenue par des causes physiques, telles que des vices dans le rectum ou un amas de mucus irritant sous le prépuce, ne m'ébranlent pas dans cette manière de voir ; car l'observation journalière prouve que ces causes ne suffisent pas pour donner lieu aux pertes séminales, et il faut admettre en plus par conséquent la susceptibilité spéciale de la moelle dont j'ai parlé. Je ne suis pas plus ébranlé par les succès obtenus à l'aide de la cautérisation de la partie profonde de l'urètre ; car il est facile de comprendre qu'une modification forte, apportée en ce point, peut agir sur le système nerveux de la moelle, de même qu'on voit la cautérisation du pharynx, avec un pinceau chargé d'ammoniaque, diminuer la toux et la dyspnée. — Au reste, tous ces points ont besoin d'être examinés de nouveau et contrôlés, et le seront soit par moi, soit par d'autres; par vous, par exemple, mon cher confrère, dont les idées ingénieuses ont déjà plusieurs fois éclairé des questions difficiles de physiologie.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 4. *Considérations sur la fièvre typhoïde et sur son traitement.*

(Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1850, p. 22.)

(Bulletin général de Thérapeutique, septembre, octobre 1850.)

Le second médicament sur lequel je désire appeler l'attention

des praticiens, est l'emploi de *l'opium* dans la fièvre typhoïde : il n'y a rien là certainement de nouveau, et néanmoins rien de plus important, d'autant plus que cette médication est aujourd'hui très-négligée. Des praticiens recommandables, on le sait, ont employé l'opium avec des succès marqués, presque inespérés même, dans certaines épidémies de méningite cérébro-spinale. On y a recours dans ce qu'on nomme le *délire nerveux*, mais quant à la fièvre typhoïde, beaucoup de praticiens s'arrêtent, hésitent ou l'oublient totalement ; le genre de délire de le fièvre typhoïde (τύφος stupeur) ne leur paraît pas assez aigu pour le combattre par un pareil moyen. A celà je réponds 1° que ce délire est quelquefois très-vif, très-violent, à ce point qu'on est obligé de contenir les malades. 2° Que dans tout délire il y a quelque chose de nerveux à quelque degré que ce soit ; d'ailleurs l'expérience, la maîtresse loi, qui en définitive, décide de pareilles questions, a démontré tous les avantages de cette méthode. Quant à moi, à l'imitation de praticiens très habiles, je n'ai jamais hésité, soit dans les hôpitaux, soit dans ma pratique civile, à employer l'opium quand il s'agit de fièvre typhoïde, surtout lorsque les premiers, les plus violents symptômes de réaction sont calmés ; mais il ne faut pas attendre trop tard. Si je ne m'étais fait une loi de ne pas rapporter ici d'observations particulières, pour ne donner à ce travail qu'une certaine étendue, je pourrais en citer un très-grand nombre à l'appui de mes assertions. Je ne puis cependant m'empêcher de rappeler deux faits remarquables insérés dans un excellent ouvrage de médecine pratique qui n'est pas assez connu (1) ; les voici :

Obs. I.— La jeune Mainguette, âgée de onze ans, demeurant à Tours, rue des Anges, est prise, le 1er mars 1838, d'une dothinenterie. Cette affection, parcourt ses périodes d'abord d'une manière bénigne, puis s'aggrave successivement, et finit par conduire la malade au dernier degré d'épuisement et de marasme. Au trente-deuxième jour de la maladie (1er avril), elle paraît être dans un état des plus fâcheux ; elle a un délire continu et crie sans cesse. Le docteur Bretonneau a fort bien caractérisé ces cris en les qualifiant de braillement ; il suffit de les avoir entendus pour les distinguer de ceux de la *méningite*. Pour les calmer, ainsi que le délire, j'ordonne une potion composée de laudanum, 15 gouttes, et d'eau distillée, 120 grammes, administrée d'heure en heure. Cette potion apaise les cris, procure

(1) *Mémoire et observations cliniques de médecine et de chirurgie*, par L. Morand, médecin et l'un des fondateurs de la colonie agricole de Mettray, 1 vol. in-8°, 1844.

du sommeil et fait cesser le délire en dix-huit heures. Pour en prévenir le retour ; la potion est continuée les jours suivants ; puis un régime analeptique répare les forces de la jeune Mainguette, et au grand étonnement de tout le monde, elle revient à la santé.

Obs. II. — Mlle Pharion, de Tours, est affectée de dothinenterie depuis le 1er septembre 1840. Au vingt-cinquième jour, elle présente des symptômes adynamiques et ataxiques au plus haut degré. Le vingt-sixième, elle perd connaissance dès le matin, le délire est alors continuel. Décubitus dorsal, traits altérés, dents fuligineuses, langue sèche, gercée, brunâtre, tremblotante ; respiration peu accélérée, toux rare, pouls très-vite, petit, parfois filiforme ; chaleur âcre et brûlante ; ventre tendu, météorisé ; diarrhée ; écoulement involontaire d'urine. Le soir cet état s'aggrave encore : face hippocratique ; l'œil gauche est à demi ouvert ; le droit l'est entièrement, il est convulsé et renversé en haut ; carphologie. Cet appareil de symptômes est si effrayant, que la mort paraît prochaine. Cependant le délire, l'ataxie, qui prédominent, me rappellent l'état de la jeune Mainguette, et me suggèrent l'idée d'administrer la potion qui m'avait si bien réussi pour elle. A dire vrai, j'étais loin d'en espérer un heureux résultat. La potion est néanmoins administrée par cuillerées ordinaires d'heure en heure, à partir de dix heures du soir. Vers trois heures du matin, l'agitation diminue, la malade tombe dans un léger sommeil, troublé seulement par quelques rêvasseries. A huit heures du matin je la visite : le délire a cessé, le pouls est un peu relevé ; Mlle Pharion ne chasse plus aux mouches (signe que j'ai toujours vu être mortel), enfin le mieux est sensible ; Cependant la connaissance n'est pas revenue. Continuation de la potion. Le soir le mieux est plus manifeste ; la malade commence à répondre aux questions qui lui sont adressées. Même prescription, recommandation de donner souvent du bouillon gras, lait de poule.

Le vingt-huitième jour, le pouls prend de la force, il est moins fréquent (95 pulsations) ; Mlle Pharion est calme, elle cause avec les personnes qui la visitent. (Alimentation plus substantielle, tisanes nutritives, telle que l'eau de riz, de gruau, etc.) ; le soir, on la change de lit, et l'on s'aperçoit alors que deux larges et profondes escarres occupent au moins le tiers interne de chaque fesse. Du reste, par la continuation du régime de plus en plus nourrissant, l'état de la malade s'améliore à ce point, que huit jours plus tard elle est hors de danger. Sa guérison a été longtemps retardée par les plaies qui ont succédé aux escarres dont

nous avons parlé. Enfin la cicatrisation s'est effectuée, et à présent Mlle Pharion jouit de la plénitude de la santé.

L'auteur ajoute « : L'on doit induire de ces deux observations que, dans le délire qui survient aux dernières périodes des dothinenteries, l'on pourrait tirer parti de certaines préparations d'opium. Ne serait-on pas tenté, d'après cela, de comparer ce délire à celui qu'on observe dans quelques pneumonies, à la suite de certaines fractures, des opérations et surtout du *delirium tremens*, où l'efficacité de l'opium est si manifeste et cela avec d'autant plus de raison qu'il ne laisse aucune trace après la mort? En réfléchissant aux bons effets du laudanum dans les deux cas que je viens de citer, et en les multipliant, on pourrait bien finir par reconnaître l'identité de ces divers délires et l'utilité du même traitement. » Ces réflexions sont très-justes; mais il est difficile de ne pas s'étonner, en voyant le doute et le conseil de l'habile praticien dont nous venons de parler. La méthode qu'il préconise avec raison est-elle donc nouvelle? Pas le moins du monde. Les auteurs fourmillent d'observations où l'opium a été employé dans les fièvres graves (1). Cependant les progrès de la doctrine de Broussais furent tels pendant plusieurs années, et ils ont encore, quoi qu'on en dise, une telle influence sur certains médecins, que toute espèce de délire étant regardé comme une inflammation des méninges, le traitement antiphlogistique fut employé exclusivement avec une déplorable insistance. Beaucoup de médecins ont aujourd'hui modifié cette méthode, mais non pas dans ce sens. On prodigue encore plus ou moins les émissions de sang, on a recours à des purgatifs variés, quelquefois même à des remèdes spéciaux, mais très-rarement à l'emploi de l'opium. Quant à moi, je le répète, ce que j'ai vu, ce que j'ai observé m'a toujours engagé à y recourir tout aussitôt que le *molimen* morbide change de caractère, c'est-à dire quand le pouls est moins fort, lorsqu'on remarque des accidents nerveux, et notamment quand le délire persiste, et même quand il présente des intervalles lucides assez prolongés. Le musc, que l'on emplòie surtout dans la forme ataxique ou éminemment ner-

(1) Lors des premières années de ce siècle, j'ai vu en Hollande, dans les hôpitaux militaires français, le docteur Corafa prodiguer l'opium à tous les jeunes soldats atteints de fièvre typhoïde au *adynamique*, comme on disait à cette époque. Il est vrai qu'entiché des idées systématiques de Brown, il administrait ce médicament comme un excitant et non comme sédatif; mais ce médecin n'en obtenait pas moins de nombreux succès: aussi à sa visite ne manquait-il pas de nous faire observer tous ces soldats guéris et de dire avec une sorte d'enthousiasme, *voilà le triomphe de Brown, voilà la preuve de la vérité de sa doctrine.*

veuse, ne m'a pas paru aussi efficace que l'opium. Sarcone a beau dire que, donner le musc, c'est introduire à coup sûr dans l'économie un principe de calme et de sédation, l'expérience n'est pas toujours d'accord avec une assertion aussi positive. Encore une fois, l'opium me paraît plus sûr dans le cas dont il s'agit. Maintenant, est-il besoin de dire qu'on ne doit pas constamment s'attendre à la guérison? Ce privilége d'infaillibilité dans les remèdes n'appartient qu'aux charlatans et aux ignorants. Le probable, le mieux possible, voilà tout ce qu'on est en droit d'exiger du médecin, d'autant plus qu'il est des fièvres typhoïdes tellement graves dès le début, que rien ne peut sauver le malade. Le savant médecin Plater écrivait à Rolfincius qu'il n'aurait point désespéré de rétablir un roué avec le secours de l'opium : c'est beaucoup dire, et ces paroles tiennent plus de l'enthousiaste que du médecin véritablement praticien. Du reste, si l'on veut partir, comme on le doit toujours, d'une indication formelle, positive, en est-il une qui ait plus ces caractères qu'un délire continu, tantôt violent, aigu, tantôt avec ce voile de stupeur qu'on remarque dans cette maladie, indépendamment des autres symptômes nerveux, comme les soubresauts des tendons, les tremblements, la mussitation, etc., sans compter la carphologie, signes funestes, et qu'il ne faut pas attendre lorsqu'il s'agit d'administrer l'opium?

Voulant déterminer quelle était la meilleure préparation opiacée à employer dans ces cas, j'ai trouvé que les sels de morphine n'avaient pas une action aussi prononcée, aussi efficace que le *laudanum* de Sydenham, et celui de Rousseau. J'ai beaucoup varié le mode d'administration de ce médicament, et notamment les doses. Souvent, je l'ai donné seul; d'autres fois, j'ai ajouté de l'eau de fleurs d'oranger, quelques gouttes de liqueur d'Hoffmann, et même je l'ai associé à l'acétate d'ammoniaque, bonne méthode pratique, préconisée avec raison par le docteur Baron Michel, dans son excellent ouvrage (Statistique médicale de l'hôpital militaire du Gros Caillon. Paris, 1842). « Aussitôt, dit-il, qu'un militaire présente des symptômes propres à la fièvre typhoïde...., j'administre 7 grammes 81 centigrammes d'acétate anti-ammoniacal et un gramme de laudanum, étendus dans un litre d'eau gommée, le malade en boit à discrétion. » Quant à moi, j'administre très-souvent le laudanum en potion. Quelquefois, néanmoins, lorsque j'entrevois quelque rémission de symptômes, puis avec exacerbation, j'associe l'opium au sulfate de quinine, et je n'ai qu'à me louer de cette préparation; en voici la formule :

Forte Infusion de racine de valériane. . , .	125 grammes.
Sulfate de quinine . . , ...	60 centigramm.
Laudanum de Sydenham.	de 20 à 30 gouttes.
Sirop de fleurs d'oranger.	30 grammes.

F. S. A. Une cuillerée à bouche toutes les deux ou trois heures. Il faut avoir soin d'entretenir la liberté du ventre au cas qu'il y ait une constipation bien prononcée. Je puis affirmer avoir vu de très-bons effets de cette potion, dont l'administration doit être plus ou moins prolongée.

Je termine en disant quelques mots sur la convalescence dans les fièvres typhoïdes. Les praticiens ne le savent que trop, cette convalescence est souvent longue à obtenir, et quand elle a lieu, il est bien rare qu'elle ne soit pas pénible, chancelante, entrecoupée de divers accidents ; quelquefois même il y a des rechutes, dont la plupart sont mortelles. Cela peut dépendre évidemment de la maladie elle-même ; mais je suis également convaincu que de pareils accidents sont parfois la suite de la diète austère, excessive, interminable, à laquelle on soumet les malades, ordinairement jeunes, au déclin de cette fièvre, qui s'étend quelquefois jusqu'au quarantième jour et au delà. A la lettre, on a vu des malades mourir, non de la fièvre typhoïde, mais d'inanition. Ce qui trompe souvent, dans ce cas, c'est qu'en accordant quelques aliments (très-légers, bien entendu), plusieurs accidents surviennent, par exemple, des pesanteurs d'estomac, même la diarrhée, etc. ; alors, le médecin s'arrête et hésite. Mais comment ne pas voir que cela dépend de l'excessive débilité de l'appareil digestif, appareil dont la force contractile est singulièrement diminuée, tandis que l'excitabilité est de beaucoup augmentée ? Or, si on ne relève pas la première, la seconde ne fait qu'augmenter. C'est donc au praticien à prévenir de bonne heure cette fatale disposition, qui rend les convalescences interminables, par une alimentation donnée aussitôt que le pouls devient moins fréquent et plus mou, alimentation douce et habilement graduée. La grande règle du *quid, quomodo, quando*, doit être ici le guide à suivre pas à pas, la règle pratique du médecin judicieux et attentif.

---

5. *De la névralgie du plexus brachial* (*névralgies scapulaire, brachiale, cervico-brachiale des auteurs*); par le docteur F. NEUCOURT, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

(Archives générales de médecine, novembre 1850.)

Symptômes de la névralgie du plexus brachial.

La douleur est le principal et presque l'unique symptôme des affections désignées pour la première fois, par Chaussier, sous le nom de *névralgies* : c'est donc sur elle que doit se fixer tout d'abord l'attention, ainsi que sur les nombreuses et souvent bizarres modifications dont elle est susceptible. Ces modifications ne sont nulle part plus multipliées que dans la névralgie dont il va être question.

De la douleur spontanée. — Pour la manière dont la douleur se manifeste, on doit distinguer tout d'abord la douleur spontanée et la douleur à la pression. La douleur spontanée existe dans tous les cas, mais n'est pas continue et revient par exacerbations fréquentes, lors même que le malade évite soigneusement tout ce qui pourrait la ramener. On l'observe à des degrés variables, selon les individus, selon l'époque de la maladie, et aussi selon le moment de l'examen. Ainsi, chez un bon nombre de malades, elle est très supportable ; souvent elle n'attire que faiblement l'attention, et indépendamment des cas pour lesquels on est appelé, il y en a de très-nombreux pour lesquels on ne croit pas devoir recourir au médecin, et qui se dissipent soit spontanément, soit à l'aide de moyens très-simples. Ces cas ne sont pour ainsi dire pas de notre ressort ; cependant on aurait tort d'en négliger la connaissance, car dans la pratique toutes les douleurs ne se pèsent pas à la même balance, et tel individu souffrira de douleurs aiguës pendant un mois avant de nous appeler, *espérant que cela se passera*, tandis qu'un autre, pour une douleur plus légère, nous fera relever au milieu de la nuit. Or, lorsqu'un malade pusillanime se plaint amèrement, et exige en quelque sorte qu'on le débarrasse immédiatement de ses douleurs, il faut ramener à une juste mesure ses plaintes exagérées, et avant de déployer coup sur coup toutes les ressources de la thérapeutique, ce que ne manquent pas de faire en général les jeunes praticiens, comme je le sais par expérience personnelle, il faut avoir présent à l'esprit les cas dans lesquels la guérison a été rapide en l'absence de toute médication active.

Mais que l'on emploie ou non une médication énergique, il y a des cas nombreux dans lesquels la douleur persiste avec une grande opiniâtreté. Très-souvent elle se produit par élancements

vifs comme des éclairs; d'autres fois c'est une douleur sourde, contusive, ou semblable à un engourdissement profond ; ou bien c'est un sentiment d'arrachement extrêmement douloureux, comme si le bras se détachait du tronc (obs. V). Ces crises durent plus ou moins longtemps, quelquefois plusieurs heures de suite ; après quoi il survient un peu de calme, puis de nouvelles crises, et ainsi de suite d'une manière irrégulière.

En général, les douleurs spontanées sont d'autant plus vives, qu'on est plus rapproché du début des accidents, et même en se prolongeant, elles tendent à diminuer d'intensité.

De la douleur à la pression. — La douleur à la pression n'accompagne pas toujours la douleur spontanée, et ce n'est pas là une des particularités les moins curieuses de l'histoire des névralgies en général et de la névralgie brachiale en particulier. Ainsi très-souvent, avec des douleurs spontanées d'une violence extrême, on est tout étonné de ne trouver, malgré les investigations les plus attentives, aucun point douloureux à la pression (obs. II, IV, VIII, IX). On a beau comprimer l'épaule et toutes les masses musculaires voisines, enfoncer même fortement les doigts dans l'aisselle, sur le trajet du plexus brachial et des nerfs qui s'en détachent, sur les points précis auxquels les malades rapportent leurs souffrances, aucune douleur ne se fait sentir, et les malades les plus douillets, les plus craintifs, qui jettent les hauts cris pendant les crises, appuient fortement eux-mêmes sur les parties affectées, afin de faire constater au médecin cette particularité qui les étonne, c'est qu'il n'y a aucune douleur à la pression.

C'est là cependant l'exception, et en général en même temps que la douleur spontanée, on observe une vive douleur à la pression qui suit la précédente comme son satellite, mais qu'on retrouve parfois lorsque la première ne se fait pas sentir, comme les investigations auxquelles on se livre ne tardent pas à le démontrer. Cet examen, du reste, ne doit pas être répété sans nécessité ; car outre les souffrances dont il s'accompagne, il a quelquefois pour effet de ramener une crise de douleur spontanée. Quelquefois la douleur à la pression n'a lieu qu'à la superficie, elle semble n'occuper que la peau, et rentre dans l'étude de la curieuse névralgie décrite avec soin par M. Beau sous le nom de *dermalgie*. La région où l'on retrouve le plus souvent la douleur à la pression est la partie antérieure de l'articulation : souvent même elle n'existe que dans ce seul point. Dans d'autres circonstances, toutes les parties dans lesquelles s'irradie la douleur spontanée sont douloureuses à la pression, et on ne peut toucher

aucun point, pour ainsi dire, sans faire pousser des cris au malade.

De la douleur dans les mouvements ou contracture. — Dans cet examen, il y a encore des précautions à prendre, afin de constater la nature de la douleur : en effet, lorsqu'on veut palper l'épaule, on saisit habituellement le bras d'une main, pendant qu'on exerce la compression avec l'autre main : or, pendant qu'on effectue ces deux mouvements, si le malade pousse un cri, on est disposé à l'attribuer à la pression : mais il peut reconnaître une autre cause, un spasme convulsif avec contraction douloureuse, déterminé par le mouvement du bras. C'est là une troisième forme de douleur dans la névralgie brachiale. Le plus souvent, elle est constante, et persiste lorsque toute autre a disparu, de telle sorte que non seulement le moindre mouvement est douloureux par lui-même, mais ramène parfois une crise de douleur spontanée. Aussi voit-on alors les malades se tenir dans une immobilité complète, n'osant faire le moindre mouvement, dans la crainte de provoquer une crise. Cela même est parfois poussé à un tel point, que les malades ne parlent pas, n'osent pas tourner la tête, et encore un tiraillement involontaire, comme dans l'obs. V, peut, malgré toutes les précautions, provoquer une crise. En général, tous les mouvements sont douloureux ; mais dans quelques cas, cela n'a lieu que pour certains d'entre eux, notamment ceux d'abduction. Une autre particularité curieuse, c'est que la douleur dans les mouvements peut disparaître, puis se reproduire sans cause connue, de façon qu'à un moment donné, le malade se sert de son bras sans rien éprouver, tandis qu'un instant après, le moindre mouvement est impossible (obs. II). Ce qui est singulier aussi, c'est que les mouvements peuvent être très-douloureux, en même temps qu'il n'existe aucune douleur à la pression (obs. VIII).

Cette contraction musculaire spasmodique et accompagnée de douleur est un phénomène qui mérite une grande attention : souvent il constitue à lui seul toute la maladie et peut même exister sans douleur : plusieurs auteurs l'ont étudié à part, dans ces derniers temps, sous le nom de *contracture musculaire idiopathique*, et grâce à leurs travaux, la lumière commence à se faire sur ce sujet intéressant et souvent épineux, quoiqu'à côté de cas de contracture idiopathique des muscles avec ou sans paralysie locale, on ait souvent présenté des observations qui se rattachaient évidemment à des altérations de la moelle épinière et de l'encéphale. Je n'ai à m'en occuper ici qu'autant qu'elle existe avec la névralgie brachiale : or, cette complication n'est

pas très-rare, comme on le voit par les obs. II, IV, V, VI, VII, VIII ; elle s'explique par la nature du plexus, composé de fibres musculaires et de fibres sensitives. Sans doute le mélange des deux natures de fibres n'a pas lieu intimement, chacune reste isolée depuis son origine jusqu'à sa terminaison ; mais l'observation démontre que malgré cet isolement, il existe entre les deux natures de fibres une sorte de solidarité qui fait que quand l'une souffre, l'autre peut entrer en convulsion, car on remarque que ce phénomène n'est pas constant. Ces variations, du reste, n'ont rien de surprenant : si l'altération des fonctions relatives à la sensibilité et à la motilité existe simultanément, c'est que la cause pathologique, quelle qu'elle soit, a agi sur les deux systèmes, ce que l'on conçoit devoir être fréquent, en raison de leurs connexions intimes. S'il y a seulement modification dans la sensibilité, c'est que les nerfs qui président à cette fonction sont seuls lésés ; enfin, dans les cas très-nombreux où le symptôme prédominant ou même unique est la contracture d'une portion musculaire de l'épaule, du bras, des doigts, sans trace d'inflammation locale ou de lésion des parties nerveuses centrales, on doit admettre que le siége de la maladie est dans les nerfs du mouvement. Je crois que l'on fera un pas dans la question encore très obscure de la contracture musculaire idiopathique en rattachant certains cas de cette affection, tels que ceux que j'ai cités (obs. V, VI), à la même cause que la névralgie proprement dite.

De la paralysie musculaire. — Comme dérivant de la même source, on doit citer la paralysie musculaire qui suit parfois la névralgie du plexus brachial, surtout lorsque les douleurs ont été d'une intensité excessive. Dans les cas que j'ai vus, elle portait principalement sur les mouvements d'abduction et d'élévation du bras, l'avant bras et les doigts conservant leur agilité (observ. V) ; d'où l'on doit conclure que le muscle deltoïde qui reçoit le mouvement du nerf circonflexe est le plus sujet à cette lésion. Voici, je crois, quelle est l'explication de ce phénomène : les expériences sur les animaux vivants prouvent que les influences irritantes, en modifiant la matière des nerfs, peuvent détruire leur irritabilité. Ces irritations sont de plusieurs natures ; les plus facilement appréciables sont, dans les expériences physiologiques, l'action de l'électricité, le tiraillement ou la contusion des nerfs. On sait que dans ce cas, il y a un épuisement de la force nerveuse qui fait que pendant un certain temps, il est impossible, au moyen des excitants les plus forts, de déterminer soit des sensations, soit des mouvements. En d'autres

termes, si l'action de ces excitants est trop vive ou trop prolongée, l'irritabilité est détruite dans les nerfs, soit pour un temps, soit pour toujours. En pathologie, on observe les mêmes effets, quoique rarement l'excitement soit assez fort pour léser d'une manière sensible l'exercice des fonctions nerveuses. Cependant on sait combien sont fréquentes les paralysies locales du sentiment, à la suite des attaques d'hystérie ; elles me paraissent dues à cette cause. Le tiraillement du nerf circonflexe, dans la luxation de l'épaule, produit fréquemment, par le même mécanisme, la paralysie des muscles de l'épaule, notamment du deltoïde. Tout indique que c'est à l'irritabilité, en excès dans la névralgie du plexus brachial, qu'est dû le même effet lorsqu'il se produit. J'ai toujours vu cette paralysie disparaître peu à peu, sans rien produire de fâcheux.

Du siége de la douleur. — Nous avons vu que dans la névralgie du plexus brachial il y avait trois sortes de douleurs : la douleur spontanée, la douleur à la pression, la douleur dans les mouvements. Il importe actuellement d'en examiner le siége : l'anatomie et la physiologie faciliteront, en les expliquant, les phénomènes observés. Pour cela il faut rappeler avant tout que le plexus brachial, faisceau nerveux très important, a une multitude de branches divisées en collatérales et terminales. Les collatérales se composent de trois groupes que le plexus fournit : 1° au-dessus de la clavicule, 2° au niveau de la clavicule, 3° dans le creux de l'aisselle ; elles se distribuent à toute l'épaule, à la région sus-scapulaire, aux régions thoraciques antérieure, latérale, et postérieure, ainsi qu'à la région sous-scapulaire. Les terminales connues sous les noms de brachial cutané interne et son accessoire, musculo-cutané, médian, radial et cubital, se distribuent dans tout le membre thoracique, et donnent au membre, comme les collatérales à l'épaule, le sentiment et le mouvement.

Comme chaque branche du plexus peut être affectée isolément, le siége de la douleur varie véritablement dans chaque cas particulier, et si, à l'exemple de quelques auteurs, on voulait désigner la névralgie par le siége précis qu'elle occupe, les divisions seraient à l'infini. Le mieux me paraît être, après les avoir ramenées toutes à un type commun, sous le nom de névralgie du plexus brachial, ou névralgie brachiale, pour abréger, d'admettre seulement trois grandes subdivisions basées sur les trois principales régions auxquelles ce plexus envoie des ramifications, et qu'on désignerait sous les noms de cervicale, scapulo-thoracique et huméro-palmaire.

Il y a des cas où la douleur occupe ces trois régions à la fois, mais d'ordinaire l'une ou l'autre seulement, ou même une petite portion de l'une d'elles. Après avoir occupé une grande surface, elle peut se concentrer plus particulièrement dans un point et y persister pendant très-longtemps.

Si l'on étudie séparément ces trois grandes subdivisions, qui, comme il vient d'être dit, peuvent exister simultanément chez le même individu, on remarque les particularités suivantes :

La forme cervicale est la moins fréquente de toutes ; elle existe rarement seule, ou plutôt lorsqu'elle existe seule, elle ne rentre pas dans la névralgie qui fait le sujet de ce mémoire. Lorsqu'elle s'accompagne de douleur dans les mouvements, les malades ont la tête penchée du côté souffrant, ce qui leur donne un aspect tout particulier.

La forme scapulo-thoracique est la plus fréquente de toutes : elle a son siége principal à la partie antérieure de l'articulation, au niveau du tronc du plexus ; de là elle s'irradie sur le moignon de l'épaule, fréquemment aussi dans la région pectorale du côté malade, ainsi que dans les régions sus et sous-scapulaire, et plus souvent encore dans la gouttière scapulo vertébrale. Cette dernière espèce s'accompagne presque toujours de douleurs à la pression : ce sont alors les branches collatérales qui sont affectées, et surtout les branches thoraciques postérieures, les sus et sous-scapulaires, le nerf circonflexe, les branches pectorales antérieures ou thoraciques ; sans parler du tronc même du plexus, qui est très-fréquemment douloureux à la pression.

La forme huméro-palmaire est celle qui offre les variétés de siége les plus nombreuses : elle peut occuper l'aisselle, et de là se prolonger tout le long du bras et jusqu'aux doigts, notamment l'annulaire et le petit doigt; d'autres fois la douleur n'existe que dans la partie interne de l'avant-bras et dans les doigts indiqués ; enfin elle peut partir du pli du coude seulement et se prolonger dans les doigts. Les branches le plus fréquemment affectées alors sont le brachial cutané interne et le musculo-cutané, la portion anti-brachiale du médian, la portion palmaire et digitale du cubital ; le nerf radial paraît le moins fréquemment atteint.

Lorsqu'on observe attentivement, on ne tarde pas à s'apercevoir que, contrairement à l'opinion généralement reçue, il est rare de voir les douleurs, soit spontanées, soit à la pression, se propager suivant la direction et la distribution des branches nerveuses, et qu'au contraire on les trouve fréquemment occupant une région très-limitée, le moignon de l'épaule, la partie laté-

rale de la poitrine, le pli du bras, le coude, la partie interne du bras, les doigts, etc. Dans un autre travail, j'ai cherché à démontrer que cette manifestation de la douleur, dans les affections qui ont les nerfs pour siége, est parfaitement en rapport avec les expériences physiologiques modernes. Les développements étendus que j'ai donnés à cette discussion me dispensent d'y revenir ici : remarquons toutefois que les conditions ne sont pas absolument les mêmes; car dans la névralgie de la cinquième paire, il s'agit d'un nerf exclusivement sensitif, tandis que le plexus brachial est à la fois sensitif et moteur.

Pour la paralysie et la contracture qui compliquent parfois la névralgie, le siége principal est : pour la paralysie, le muscle deltoïde; pour la contracture, les muscles de l'aisselle et de l'avant-bras.

Des symptômes généraux. — Outre les symptômes locaux dont il vient d'être question, il existe, dans la névralgie du plexus brachial, des symptômes généraux plus ou moins importants. Dans cette affection, comme dans les névralgies en général, on trouve rarement de la fièvre : le plus souvent, le pouls reste calme, la peau fraiche, et si, par suite de quelques circonstances particulières, le pouls s'anime, le mouvement fébrile est presque toujours peu prononcé. Ce calme du système circulatoire forme même un grand contraste avec l'acuité des douleurs, qui, amène, il est vrai, un grand trouble dans d'autres fonctions. Ainsi, en général, l'insomnie est opiniâtre et dure souvent plusieurs fois vingt-quatre heures; cette insomnie reconnaît pour cause la douleur; cependant il y a autre chose encore, car même en l'absence de la douleur les malades goûtent rarement le sommeil et, s'ils s'endorment, le plus souvent quelque mouvement involontaire les réveille en sursaut et provoque une nouvelle crise. Il est à remarquer aussi que les douleurs sont généralement plus fortes la nuit que le jour, sans qu'aucun vice spécial puisse être invoqué comme cause. Parfois la violence des crises est telle que les malades délirent momentanément (obs. V); ils sont, suivant une expression populaire, *fous de douleur*. Il n'y a ordinairement aucune altération dans les fonctions du tube digestif, et les douleurs empêchent seules les malades de manger à leur ordinaire; les urines sont normales, les sueurs souvent abandantes, soit qu'on les ait provoquées, soit qu'elles surviennent spontanément, surtout à la suite des crises.

Diagnostic différentiel avec la scapulalgie.

L'étude à laquelle nous venons de nous livrer nous permet de

distinguer la maladie, qui nous occupe d'une autre qui a de l'analogie avec elle quant au siége, et qu'on désigne sous le nom de scapulalgie, terme impropre, puisqu'on est convenu d'appliquer aux affections nerveuses la terminaison *algie*, et que la maladie désignée sous le nom de scapulalgie est une inflammation, qui serait mieux désignée *scapulite*. Quoi qu'il en soit, la maladie dont nous nous occupons a son siége dans le système nerveux ; l'autre dans l'articulation de l'épaule et les parties contiguës : l'une est de la nature des névroses, l'autre est inflammatoire : de là des différences tranchées dans les symptômes. Dans la névralgie, la douleur est aiguë, lancinante, intolérable, avec des rémissions complètes ; dans la scapulalgie, la douleur a le caractère des inflammations : elle est pulsatile, s'irradiant dans les parties voisines, se faisant sentir d'une manière permanente, augmentant ou diminuant avec lenteur, mais ne procédant pas par saccades. En même temps, douleur générale à la pression, chaleur de la partie malade, habituellement réaction fébrile appréciable ; la douleur des mouvements peut exister dans les deux cas, mais elle ne se comporte pas de la même façon. Dans la névralgie, cette douleur porte sur certains muscles ; elle apparaît et disparaît tout à coup, et ne persiste pas, une fois la maladie terminée ; dans la scapulalgie, tous les mouvements sont constamment douloureux, cette douleur persiste tout le temps que dure l'inflammation. Il existe très-souvent de la roideur dans les muscles à la suite de l'état aigu ; cette roideur est la cause facilement appréciable de la gêne dans les mouvements, et n'a nul rapport avec la paralysie qui suit quelquefois la névralgie, et dans laquelle il n'existe aucune lésion appréciable des muscles paralysés. Les causes sont aussi fort différentes : dans la scapulalgie, elles sont en général facilement appréciables, souvent traumatiques, ou bien elles existent chez des individus en proie à un rhumatisme articulaire aigu, à une diathèse scrofuleuse ; dans la névralgie, la maladie survient le plus souvent sans une cause appréciable et en l'absence de toute diathèse capable de provoquer une inflammation soit aiguë, soit chronique.

Avouons cependant que si, le plus souvent, la différence est tellement tranchée que le doute est impossible, il y a des cas qui participent de l'une et de l'autre ; de façon qu'il est difficile de dire sous quel titre on doit les ranger. Bien plus, elles ne sont pas tellement distinctes qu'elles ne puissent se transformer l'une et l'autre ; et, de même qu'une colique aiguë simple peut devenir inflammatoire, une névralgie du plexus peut, d'après le

principe *ubi dolor ibi fluxus*, amener une véritable inflammation. Je n'ai pas eu occasion d'observer de faits semblables; mais ces réflexions me sont suggérées par la lecture des observations contenues dans un fort bon mémoire sur l'arthralgie, que mon excellent confrère le docteur Caron a publié. Dans plusieurs de ces observations, le début a eu la plus grande analogie avec une névralgie du plexus, et le caractère inflammatoire de la maladie ne s'est nettement dessiné qu'ultérieurement par la contracture des muscles et la gêne des mouvements de l'articulation.

Il y a une espèce de douleur d'épaule dont je crois devoir dire quelques mots, bien qu'elle puisse être rarement confondue avec la névralgie simple du plexus : c'est celle qui coïncide parfois avec la pleurésie soit aiguë, soit chronique. En général; les signes locaux et généraux de la pleurésie ne permettent aucune hésitation ; mais il y a, comme on sait, des cas de pleurésie fort obscurs, commençant d'une manière insidieuse, et si le point de côté manque en même temps qu'il existe une vive douleur d'épaule, l'attention pourra être, par cette raison, détournée de la poitrine. Je considère, dans ce cas, la douleur comme étant de nature inflammatoire, c'est-à-dire qu'elle rentre dans l'étude de la scapulalgie et non de la névralgie du plexus. Cette opinion m'est suggérée par les faits suivants : dans les cas que j'ai observés, la douleur siégeait à la partie antérieure de l'articulation et dans les muscles de la partie postérieure de l'épaule ainsi que de la gouttière vertébrale correspondante ; elle augmentait par la pression sur les parties malades, par les grands mouvements respiratoires, et par les mouvements très-étendus du bras ; jamais elle n'avait le caractère de crise aiguë par élancements rapides, mais elle était continue. Dans un cas que j'ai observé, le malade ayant succombé, on trouva, outre l'épanchement de la plèvre, des traces d'une inflammation dans l'articulation de l'épaule. Moi-même, ayant été affecté d'une pleurésie aiguë, j'éprouvai cette douleur de l'épaule, et depuis ce temps elle reste sous forme dite rhumatismale, augmentant dans les temps pluvieux, et faisant entendre, lorsque la douleur devient plus vive, ce craquement particulier aux articulations qui ne contiennent pas assez de synovie.

Marche de la névralgie du plexus brachial.

Pour bien se rendre compte de la marche de cette affection, il est nécessaire, dans cette névralgie comme dans les autres, d'établir nettement la distinction entre la forme aiguë et la

forme chronique : j'ai déjà fait ailleurs cette remarque, sans laquelle tout est confondu. Ainsi, à l'état aigu, la névralgie brachiale est une maladie fréquente, généralement peu douloureuse, et pour laquelle on ne fait souvent pas appeler le médecin. Les individus les plus sains peuvent en être atteints une fois et ne s'en jamais ressentir plus tard ; mais parfois, à l'état aigu, les douleurs sont successives : elles surviennent tout à coup sans aucun prodrome ou sont précédées d'un malaise de quelques jours. Cette forme mérite toute l'attention du médecin ; car lorsqu'elle existe, son intervention est presque toujours réclamée. Dans ce cas, parfois la médication atténue ou fait cesser complétement les douleurs ; mais il n'est pas rare de les voir résister aux médications les plus variées, qui ont fait merveille dans d'autres cas ; la maladie augmente même d'intensité pendant plusieurs jours, et semblable aux affections aiguës des autres organes, elle disparaît, après avoir eu ses périodes d'augment, d'état et de décroissance, dont rien n'a pu empêcher la complète évolution. La durée est alors d'un ou de deux septénaires.

Cependant, même alors il ne faut pas négliger l'emploi des moyens indiqués ; car lors même qu'ils ne produiraient par les résultats immédiats que l'on observe parfois, et que les malades en proie à la douleur réclament impérieusement, il ne faut pas croire que l'intervention du médecin a été nulle. Indépendamment des cas cités plus loin et dans lesquels on voit la maladie persister des semaines entières, puis disparaître rapidement sous l'influence d'une médication appropriée, il est à remarquer que les cas les plus fréquents de la maladie à l'état chronique succèdent à l'état aigu non traité, ou traité négligemment soit par le médecin, soit plus souvent par le malade.

Dans ce nouvel état, il y a encore plusieurs formes de l'affection : ainsi la maladie peut être primitivement chronique, c'est-à-dire que les douleurs surviennent peu à peu, ne provoquent que de la gêne et du malaise, augmentent, diminuent sans cause connue ou par les influences atmosphériques, et enfin n'attirent l'attention du malade que par leur persistance, ce qui le décide à consulter le médecin. Cette forme est de toutes la plus fâcheuse, et de même que dans les blennorrhagies, celles qui sont sans douleur, sans symptômes inflammatoires au début, avec un écoulement peu abondant, dénotent au praticien, malgré leur apparente bénignité, une affection rebelle à tous les traitements, de même la névralgie qui débute d'une manière insidieuse, et qui se manifeste d'emblée sous l'apparence des maladies chroniques, fait craindre la persistance de cet état. Parfois la forme

chronique succède à la forme aiguë, soit que l'art ait été impuissant à empêcher ce passage, soit, et c'est le cas le plus ordinaire, que le malade ait négligé le traitement convenable. Alors la maladie consiste en une gêne habituelle de l'épaule malade, accompagnée de douleurs modérées, et qui varient selon une foule de circonstances. Enfin, dans la forme la plus constante, la maladie se compose d'une série de crises revenant à des intervalles variables, une ou plusieurs fois par an, ou à de longues années de distance. Dans ces cas, la maladie paraît tenir à une cause générale, à une sorte de diathèse dont je m'occuperai plus loin.

Causes de la névralgie du plexus brachial.

Dans un bon nombre de cas, la névralgie survient chez des individus très-bien portants, et sans qu'on puisse la rapporter à aucune cause appréciable. C'est alors que pour suppléer au silence des faits, on a cherché à étudier la nature intime de la névralgie. Or, il ne nous est pas donné de connaître l'altération particulière du système nerveux qui constitue la névralgie, puisque nous ne savons pas par quel mécanisme le système nerveux produit la sensation. Que l'on change les termes en appelant influx nerveux ce qu'on appelait autrefois esprits animaux, qu'on assimile cette force à l'électricité ou qu'on l'en distingue sous le nom de fluide nerveux, on n'en reste pas moins dans le champ des hypothèses, qui n'a rien à faire ici.

Avouant notre ignorance sur ce point, qu'il serait cependant si utile de connaître, nous n'abandonnons pas pour cela l'étude des causes de la névralgie lorsqu'elle peut se justifier par des faits, et je vais essayer de faire quelques pas dans ce sentier si difficile à parcourir, parce qu'il forme la limite entre l'observation et l'hypothèse.

Les agents extérieurs paraissent avoir une grande influence pour le développement des maladies dont l'essence est la douleur : pour la névralgie brachiale en particulier, cette cause a paru plusieurs fois manifeste. Ainsi on a vu les affections de cette nature se multiplier pendant un froid intense et continu, et la répétition des mêmes faits démontre qu'il y a ici autre chose qu'une coïncidence. Une cause fréquente et qui dérive de la précédente, c'est le refroidissement momentané du corps par l'exposition à une basse température ou plus souvent à une pluie froide. Je n'insiste par sur ces faits, qui ne sont contestés par personne; mais ce qui paraîtra plus extraordinaire, c'est l'influence des conditions opposées pour produire le même effet,

c'est-à dire d'une température élevée. Ce qui est certain, c'est que j'ai souvent remarqué la grande fréquence de la névralgie brachiale pendant les fortes chaleurs de l'été, quoique *a priori* on se rerait cru dans les conditions les moins favorables à sa production. Est-ce la même cause qui agit dans les deux cas : la suppression de la transpiration insensible, d'une part ; de la sueur, d'autre part ? C'est probable, mais les faits ne permettent pas de le considérer comme certain.

Indépendamment des causes extérieures qui paraissent propres à développer la maladie qui nous occupe, il en existe d'autres inhérentes à l'individu, qui viennent favoriser l'action des précédentes, et dont l'influence, quoique fort obscure, doit être considérée comme très-puissante. Connaître la nature intime de ces causes nous sera sans doute à tout jamais impossible : il ne nous est pas donné de remonter au principe, pas plus qu'il n'est donné au physicien de connaître la nature intime de la chaleur et de la lumière. Dans l'un comme dans l'autre cas, le point de départ est l'observation des faits, et le but scientifique le plus élevé auquel nous puissions aspirer, c'est d'établir une hypothèse qui ne soit en désaccord avec aucun des faits observés. Si le physicien hésite encore entre deux théories, celle de la vibration et celle de l'émission, le médecin est encore moins avancé dans le sujet qui nous occupe.

Un fait incontestable, c'est que la névralgie brachiale se présente fréquemment chez des individus qui ont une aptitude particulière à contracter des maladies dont la douleur est le symptôme prédominent. Le fait existe, il est palpable ; mais l'explication en est difficile, et pour la donner, il faut bon gré, mal gré, mettre le pied dans le champ de l'hypothèse. Ce que l'on remarque chez certains de ces sujets, c'est une susceptibilité nerveuse extrême. par suite de laquelle les influences multipliées au milieu desquelles nous vivons, et qui affectent physiologiquement la plupart des hommes, agissent sur eux d'une manière pathologique : ainsi un bruit violent ou particulier, une émotion morale vive, un froid un peu intense, une fatigue un peu forte, réagissent sur une portion particulière du système nerveux qui n'est pas toujours le même, et y déterminent ces phénomènes morbides qui se traduisent par une douleur avec laquelle nous ne voyons coïncider aucune altération matérielle appréciable, et qu'on est convenu, depuis Chaussier, d'appeler névralgie.

Je crois que cette idiosyncrasie pourrait être désignée avec assez de justice sous le nom de tempérament nerveux. On a dis-

tingué par différents noms la prédominance, chez les individus, d'un système particulier : ainsi on a le tempérament sanguin, le tempérament lymphatique, le tempérament bilieux, selon que l'on observe la prédominance des appareils sanguin, lymphatique, bilieux ; or puisqu'il existe incontestablement des individus chez lesquels l'appareil nerveux domine tous les autres, je crois qu'en employant cette désignation, on faciliterait l'étude des maladies de ce système, comme l'hypothèse d'un fluide électrique facilite l'étude des phénomènes qui s'y rapportent.

Mais si l'explication est satisfaisante pour certains cas, il arrive très souvent que, même dans le cas d'aptitude particulière à contracter des douleurs dans diverses parties du corps, l'hypothèse de la prédominance du système nerveux ne serait pas satisfaisante. C'est pour les cas de cette espèce qu'on a admis l'existence d'un principe particulier, d'une humeur, d'une sorte de virus existant dans le corps, qui se porte tantôt sur une partie, tantôt sur une autre, et qu'on a généralement désigné sous le nom de vice rhumatismal. Sans me laisser entraîner à la discussion d'une question aussi difficile, il est impossible de nier que chez certains individus il y a une fâcheuse aptitude à contracter des douleurs dans diverses parties du corps déterminées, dont les principales sont l'épaule, la cuisse, la face, etc. Ces individus jouissent en général d'une excellente santé d'ailleurs, ils ne sont malades que par suite de ces douleurs ; beaucoup même sont doués d'une santé robuste, et ont le cachet du tempérament pléthorique. Les personnes que nous avons considérées précédemment comme prédisposées à la névralgie du plexus brachial, par suite du tempérament nerveux, sont généralement des femmes délicates, maigres, pâles, très-impressionnables ; tandis que ceux dont nous parlons actuellement sont plutôt des hommes forts, vigoureux, soit dans la force de l'âge, soit déjà sur le retour.

Ce serait se priver d'un élément important pour la connaissance de la névralgie brachiale, notamment pour le pronostic et le traitement, que de négliger cette hypothèse d'un principe particulier, inconnu dans son essence, mais appréciable par ses effets, et qu'on a généralement nommé rhumatisme chronique, vice rhumatismal. Quoique les idées médicales de notre époque soient peu favorables à ces sortes de discussions, quoique je ne sois nullement en mesure de m'en occuper à fond, de manière à satisfaire les esprits sérieux, je ne puis m'empêcher de citer quelques-uns des faits qui me paraissent favorables à cette hypothèse.

On peut lire plus loin des observations particulières dans lesquelles se trouve d'année en année la répétition des mêmes douleurs sur le plexus brachial, ce qui démontre déjà une certaine aptitude individuelle à la répétition du même acte pathologique. Dans d'autres cas, c'est tantôt l'une, tantôt l'autre épaule, qui est le siége de la maladie, ce qui prouve que l'aptitude précédemment signalée ne consiste pas dans une modification inhérente à une partie limitée et toujours le même système nerveux. Cette proposition est corroborée par d'autres faits dans lesquels c'est tantôt le membre supérieur, tantôt le membre inférieur, qui sont le siége des souffrances, comme dans l'exemple suivant.

M. L..., 55 ans, de petite taille, maigre, vif, fut pris pour la première fois en 1846, d'une douleur très-vive dans l'épaule gauche, ce qui le mettait dans l'impossibilité de remuer le bras et de s'habiller ; cette douleur dura plus d'un mois, elle s'exaspérait par le séjour au lit. Des frictions avec l'huile de laurier déterminèrent une éruption très-douloureuse pour laquelle je fus appelé : j'employai des onctions avec la pommade d'iodure de potassium, et peu de jours après, les douleurs d'épaule avaient disparu. Au bout de plusieurs mois, nouvelles douleurs, mais moins insenses, qui se dissipèrent à la suite de l'usage continuel d'une peau de chat sauvage sur l'épaule.

Le malade resta plus d'un an tranquille ; mais dans l'hiver de 1847 à 1848, qui fut très-froid, il fut pris de douleurs atroces dans la hanche gauche et dans la partie postérieure de la cuisse, avec élancements violents, insomnie prolongée, impossibilité de rester plus de quelques minutes dans la même position, ni d'être couché autrement que sur les genoux et la tête basse. Malgré les traitements les plus variés, il resta souffrant pendant plus de deux mois, et après cette époque il ne pouvait marcher que lentement et en boîtant. Cependant il se remit et finit par recouvrer sa santé première. Dans l'hiver de 1849 à 1850, il y eut encore quelques ressentiments dans le nerf sciatique, mais assez faibles pour ne pas l'arrêter.

Il est difficile de ne pas admettre ici une cause inhérente à l'individu et constituant une fâcheuse prédisposition aux névralgies. Il n'est même pas douteux que ce principe peut exercer son action sur d'autres nerfs que ceux des membres, et dans l'observation IX entre autres, l'alternative des douleurs fixées une fois sur les intestins, l'autre fois sur l'épaule, la répétition de ces douleurs dans deux parties différentes sous l'influence d'une même cause, l'hiver et le froid humide, la nature des douleurs qui était la même dans les deux cas, c'est-à-dire aiguë avec des

rémissions et sans fièvre, les symptômes généraux identiques dans les deux cas, le retour à la santé sans lésion appréciable, permettent de penser que le même principe a produit ces deux effets.

Le fait suivant me paraît devoir être considéré comme venant à l'appui de cette proposition.

M. G..., colonel du génie, grand, d'un embonpoint ordinaire, d'une excellente santé habituelle, fut pris tout à coup, dans le mois de décembre 1849, de douleurs atroces pour lesquelles je fus appelé immédiatement auprès de lui. Ces douleurs avaient leur siége sur la partie latérale droite de la colonne vertébrale, tout à fait à la région du rein ; elles se prolongeaient dans le ventre vers la même région, parfois elles laissaient un peu de répit au malade, puis une crise survenait, pendant laquelle M. G..., quoique d'un caractère ferme, se roulait dans son lit en poussant des gémissements. En même temps, il y avait des vomissements verdâtres abondantes; la région du rein était douloureuse au toucher ; du reste, les urines coulaient bien, et l'examen le plus attentif ainsi que les antécédents ne permettaient pas de croire à l'existence d'un calcul du rien : jamais de sang ni de sable dans les urines, jamais rien d'anormal dans la sécrétion et l'émission de ce liquide. Des sangsues et un bain firent cesser tous les accidents en deux jours. En janvier 1850, à la suite d'un refroidissement, M. G... fut pris de fièvre et d'une douleur continuelle et très intense à la partie supérieure du bras gauche, douleur qui l'empêchait de se servir de ce membre. En mai 1850, la douleur néphrétique reparut et dura également deux jours.

J'ai vu souvent le malade depuis sa première crise, et jamais il n'y a eu d'accidents du côté des organes urinaires, ce qui permet de penser que les coliques néphrétiques dont le malade a été atteint à plusieurs reprises sont névralgiques, c'est-à-dire sans cause matérielle appréciable, et de même nature que les douleurs d'épaule qui ont paru dans l'intervalle. Ce qui le prouve encore, c'est que le malade est sujet depuis longues années à des douleurs violentes qui se portent tantôt sur un point, tantôt sur un autre : je les ai observées sur le rein et sur le plexus brachial. M. G... m'apprend qu'il avait eu avant cette époque une sciatique très opiniâtre, et qu'il était sujet au lumbago. Il me paraît difficile de ne pas attribuer toutes ces douleurs à un principe particulier toujours le même dans ces différents cas. Des exemples de même nature pourraient être facilement invoqués à l'appui ; je me contente d'en citer encore un, parce qu'il présente des particularités intéressantes.

M. C..., docteur en médecine, âgé de 42 ans, d'une bonne santé habituelle, est sujet, depuis quelques années, à des douleurs vagues dont le siége principal est le dos, l'épaule, et surtout la région scapulo-vertébrale du côté droit. Pendant l'hiver de 1846, il fut pris tout à coup, sans cause connue, de douleurs atroces dans tout l'abdomen, douleurs telles qu'il passa la nuit en poussant des cris et des gémissements, sans goûter un instant de repos : il prit entre autres, 40 gouttes de laudanum. Les jours suivants, les douleurs persistèrent, mais moins violentes; ce qui l'incommodait le plus, c'était une douleur à la région précordiale qui existait sans fièvre et qu'il n'avait jamais éprouvée. A partir de ce moment, il souffrit peu de ses anciennes douleurs, mais éprouvait de fréquentes intermittences dans les battements du cœur ; et ce qu'il y a de singulier, c'est qu'il était averti de cette intermittence par une sensation particulière, indéfinissable, qui n'était pas de la douleur, mais tellement précise qu'il indiquait exactement, lorsqu'on lui tâtait le pouls, le moment où survenait l'intermittence. Ce phénomène persista longtemps, le malade était souvent plusieurs mois sans le ressentir, puis il reparaissait sans cause connue. Depuis un an, il ne s'en ressentait plus, lorsqu'en 1849, il fut pris de douleurs violentes dans les membres inférieurs, qui le laissèrent plus de deux mois souffrant, ne marchant qu'avec difficulté. Les intermittences ne reparurent pas, peu à peu la santé redevint bonne, et actuellement (octobre 1850) elle est tout à fait satisfaisante.

Je crois que dans ce cas encore, il est impossible de nier l'existence d'une cause particulière qui a déterminé les douleurs dans les membres, les coliques aiguës du ventre, les douleurs à la région précordiale, et enfin les intermittences dans les mouvements du cœur.

De quelle nature est cette cause? est-ce un principe morbifique qui circule dans le sang? est-ce une modification individuelle du système nerveux? est-ce un vice de la sueur, ou une modification de la peau qui empêche la sécrétion normale de ce fluide? Telles sont les questions qu'il est plus facile de poser que de résoudre. Je ne m'en occuperai pas davantage, mon but ayant été seulement d'établir que dans un certain nombre de cas, il ne faut pas considérer la névralgie du plexus brachial comme simplement locale, mais comme se rattachant à une cause plus générale, dont elle n'est qu'une des manifestations.

Du traitement de la névralgie du plexus brachial.

Le traitement de la maladie qui nous occupe doit être divisé

en local et général. Le traitement local est le plus important des deux, c'est de lui qu'il sera d'abord question.

Parmi les moyens employés localement, on distingue surtout les antiphlogistiques, les calmants et les révulsifs. Ces trois médications s'emploient souvent successivement chez le même sujet, et quand l'une échoue, il n'est pas rare de voir l'autre réussir. Les considérations auxquelles je me suis livré dans le cours de ce travail ont déjà fait comprendre de quelles difficultés l'expérimentation est entourée : je ne puis ici que répéter ce que j'ai déjà dit, c'est que la maladie suit souvent ses périodes, malgré la médication employée, et peut se terminer par la guérison, quelle que soit la méthode de traitement ; de sorte qu'il est parfois difficile de dire quelle part la nature, quelle part la médication, ont eues dans la terminaison favorable. Ces réserves faites, nous avons vu, d'autre part, qu'il était impossible de nier l'action salutaire de la médication dans des cas nombreux et hors de contestation, lorsque, par exemple, la maladie abandonnée à elle-même persistait pendant des mois entiers, puis disparaissait rapidement sous l'influence d'un traitement approprié ; ou bien lorsque la crise reparaissait de temps en temps, et cédait plus ou moins rapidement selon la médication employée. Mais il est inutile de s'étendre davantage sur ces considérations, qu'on peut faire valoir dans une foule d'autres maladies.

Des antiphlogistiques. — Les antiphlogistiques appliqués localement sont les saignées locales, les cataplasmes émollients, et les onguents de même nature. Les saignées locales se font au moyen des sangsues et des ventouses scarifiées : j'ai généralement employé les sangsues, parce que la conformation de l'épaule ne permet que difficilement l'application des ventouses. Je dois dire que dans un grand nombre de cas, j'ai retiré de ce moyen d'excellents effets, et souvent il a fait disparaître toute douleur avec une rapidité surprenante : on en peut voir quelques exemples dans les observations particulières relatées plus loin ; mais, dans un bon nombre de cas, la disparition a été assez rapide pour que l'observation n'eût présenté qu'un intérêt médiocre sous les autres rapports, ce qui empêche que l'on n'en prenne une note détaillée. C'est ici surtout qu'il existe des indications formelles, propres à faire adopter ou rejeter la médication. Il est à remarquer, en effet, qu'elle réussit surtout lorsqu'il existe de la douleur à la pression autour de l'articulation, lorsqu'il y a chaleur à la peau, pouls un peu plein, enfin un appareil fébrile même léger. Avec ou sans ces circonstances accidentelles, on aura surtout des chances de réussir si l'individu est robuste, pléthorique ; et par

contre, la médication présentera peu de chances de succès si le pouls est calme et faible, la peau plutôt froide que chaude, le sujet délicat, les douleurs aiguës, lancinantes, *névralgiques*, sans douleur à la pression. Les cataplasmes émollients sont l'adjuvant obligé des émissions sanguines ; seuls, je les ai vus procurer un grand soulagement ; quant aux onguents émollients, leur action paraît généralement très faible.

Des calmants. — Les moyens de cet ordre auxquels on a recours sont extrêmement nombreux, et s'emploient sous des formes très-variées : je crois inutile de les énumérer longuement, car ils varient suivant chaque praticien. Quant aux médicaments en eux-mêmes, ce sont l'opium, la belladone, le datura stramonium, la ciguë, etc.; quant aux formes, ce sont celles d'emplâtre, de liniment, de pommade. Sous ces diverses formes, quelques moyens m'ont mieux réussi que d'autres. Une des applications que je fais assez fréquemment est celle d'un emplâtre de thériaque saupoudré d'opium et entouré de diachylon, qui quelquefois enlève la douleur avec une grande rapidité : on emploie de la même manière la belladone et la ciguë. Sous forme d'huile, je me suis servi avec succès d'une préparation composée d'huile d'amandes douces, 30 grammes, hydrochlorate de morphine, 30 à 40 centigr. Cette préparation, qui m'a été indiquée par mon confrère le docteur Labarre, est souvent avantageuse ; car lors même qu'elle ne guérit pas, elle procure presque toujours du soulagement.

Nous avons vu plus haut quelles sont les indications des antiphlogistiques ; celles des narcotiques paraissent être tout à fait contraires, c'est-à-dire que ces derniers moyens n'agissent jamais mieux que chez les individus maigres, délicats, éminemment nerveux : ils échouent le plus souvent lorsqu'il y a tendance à un mouvement fébrile, chez les individus vigoureux et pléthoriques. Si on croit devoir y recourir dans les cas de cette nature, ils auront surtout des chances de réussir lorsqu'ils auront été précédés par les émissions sanguines.

Des révulsifs. — Après les deux ordres de moyens précédents, il en est un troisième qui s'emploie très-fréquemment, et parfois avec des résultats tellement satisfaisants, que certains médicaments de cet ordre sont populaires : ce sont les révulsifs. Ils peuvent, comme les narcotiques, être variés à l'infini : les principaux sont les cataplasmes sinapisés, les vésicatoires, les pommades irritantes, telles que la pommade stibiée, certaines huiles, notamment l'huile de laurier, qui est populaire dans quelques contrées, l'huile de croton, l'essence de térébenthine et ses

composés, etc., l'emplâtre de poix de Bourgogne simple ou émétisé, etc. etc. Parfois même, quelques moyens réputés narcotiques, tels que l'emplâtre de thériaque, agissent à la manière des révulsifs, en déterminant une éruption eczémateuse qui est suivie d'un grand soulagement.

Le mode d'action des révulsifs paraît être, comme son nom l'indique, de détourner l'irritation intérieure pour la porter à la peau : mais ici les indications sont plus obscures, et c'est un peu empiriquement qu'on les emploie. Il semble en général qu'on ne doit pas s'en servir d'emblée, et que les moyens de cette espèce réussissent surtout après qu'on a usé des précédents.

Médications locales diverses. — Enfin, en dehors des moyens déjà indiqués, il en existe un grand nombre qui peuvent rendre des services, et que je me contenterai d'énumérer rapidement. Les principaux sont le massage, l'acupunture et l'électro-puncture ; la chaleur, soit qu'on l'ajoute au moyen de corps préalablement chauffés, soit qu'on la conserve à la surface de la peau à l'aide certains corps mauvais conducteurs, tels que les tissus de laine et de soie, le taffetas gommé, les peaux d'animaux avec le poil. Il en est quelques-uns dont il est difficile d'expliquer l'action, et qui cependant réussissent quelquefois, comme la pommade d'iodure de potassium, qui, dans cette névralgie comme dans d'autres, m'a parfois réussi sans produire d'éruption et lorsqu'il n'y avait pas sûrement d'inflammation.

Telles sont les principales médications à employer localement. Remarquons, avant de passer outre, que, dans certain nombre de cas, la sensibilité des parties ne permet pas de les utiliser, et que, pour les onctions entre autres il est parfois de toute impossibilité d'en faire usage.

La médication générale quoique moins nécessaire que la médication locale, ne doit pas être négligée ; elle agit comme adjuvant : dans certain cas, comme nous venons de le voir, elle seule peut être employée ; souvent enfin, il existe des indications générales qui la rendent indispensable.

Les indications que l'on cherche à remplir par des moyens locaux se retrouvent pour les moyens généraux. Comme antiphlogistiques, on emploie surtout la saignée et les bains. La saignée générale trouve beaucoup plus rarement son emploi que la saignée locale : il n'en est pas de même des bains, qui sont d'un usage très-fréquent et qui rendent de grands services. Les narcotiques, pris à l'intérieur, sont souvent plus utiles qu'appliqués localement : à leur tête se trouvent ici, comme toujours, l'opium et ses diverses préparations, le laudanum, la poudre de Do-

wer, etc. Les narcotiques indigènes réussissent parfois là où l'opium a échoué : leurs préparations sont très-nombreuses, une des formules qu'on emploie le plus souvent est celle des pilules de Méglin ; cependant j'ai remarqué qu'en général elle réussissait ici moins bien que dans d'autres espèces de névralgies.

Un des effets généraux que l'on cherche surtout à obtenir, c'est la sueur : que l'on croie ou non à un principe rhumatismal, il est certain que les sueurs abondantes, dans la névralgie qui nous occupe, sont fréquemment suivies d'une amélioration notable ; aussi a-t-on beaucoup préconisé, dans ces sortes d'affections, les substances réputées sudorifiques, la salsepareille, le gaïac, la douce-amère, etc. Quoique j'aie souvent employé ces médications et d'autres analogues, un peu par routine il est vrai, je dois reconnaître que j'en ai rarement remarqué d'effet avantageux, et lorsque j'ai voulu provoquer la sueur, j'y suis parvenu bien plus sûrement au moyen d'un bain d'eau tiède, d'un bain de vapeur, des narcotiques aidés par une boisson chaude amaromatique, telle que le tilleul et la bourrache. Sous ce rapport, le bain de vapeur mérite une mention particulière et produit souvent d'excellents effets. Lorsqu'on manque d'appareil pour le donner, on y supplée facilement en mettant le malade, entouré d'une couverture, sur une chaise sous laquelle on place un seau ou un grand vase quelconque rempli d'eau de sureau très-chaude.

Je ne parlerai que pour mémoire de certaines médications spéciales qu'on emploie d'après l'existence supposée d'un principe mobifique général, la syphilis, le rhumatisme, la goutte, etc. Une discussion de cette nature m'entraînerait trop loin. Je ferai seulement remarquer que je n'ai jamais trouvé de névralgie brachiale franchement intermittente ; aussi je n'ai employé qu'une fois, et sans succès, le sulfate de quinine.

Observations particulières. — Névralgie scapulo-cervicale aiguë ; disparition rapide, sans recidive.

Obs. I. — Mme A..., 42 ans, grande, sèche, très-nerveuse, ayant éprouvé depuis quelque temps de grandes peines et souffrant de l'estomac depuis cette époque, ressentit tout à coup, sans cause connue, une douleur violente de l'épaule droite. Dans la nuit du 20 au 21 septembre 1849, cette douleur devient atroce, se produisant par exacerbations tellement violentes qu'on a été sur le point de m'envoyer chercher au milieu de la nuit. Le matin, la douleur, quoique moins vive, continue toujours ; les mouvements sont très-douloureux, ce qui fait que la malade éprouve

la plus grande difficulté à changer de place dans le lit. La douleur occupe surtout la région sterno-claviculaire, remonte vers le cou, s'irradie le long du bras, et se fait surtout sentir dans l'annulaire. Le moindre contact surtout aux environs de l'épaule, exaspère la douleur. En même temps, sentiment de courbature générale et douleurs dans les genoux ; pas de fièvre. (Grand bain, frictions avec l'huile d'amandes douces, 30 grammes ; hydrochlorate de morphine, 40 centigr. ; infusion de tilleul.)

Le soir, le grand bain a procuré du calme. Chaque fois qu'on frictionne avec l'huile, il y a soulagement immédiat.

Le 22, nuit tranquille. La douleur disparaît les jours suivants.

L'observation qu'on vient de lire nous offre la maladie dans sa plus grande simplicité, c'est-à-dire la forme franchement aiguë, survenant rapidement, sans cause connue, et disparaissant en quelques jours, sans se reproduire. C'est ici surtout qu'il faut se tenir en garde contre les merveilleux effets des médicaments ; car si, d'une part, on voit les symptômes disparaître rapidement pendant leur administration, il ne faut pas avoir observé beaucoup de cas pour savoir que souvent ils se dissipent presqu'aussi vite sans traitement, et que, d'autre part, on verra trop souvent tous les moyens échouer malgré un emploi judicieux et persévérant.

Névralgie axillo-humérale survenue sans cause connue ; intermittence dans les douleurs, avec cessation momentanée de la gêne dans les mouvements. Guérison rapide, sans récidive.

Obs. II. — Un jeune homme de 25 ans, robuste, transpirant difficilement, fut pris, dans le courant de décembre 1845, par un temps très-humide, d'une douleur vive qui passait alternativement d'une épaule à l'autre, et qui se fixa définitivement dans l'épaule droite. Au moment où je le vis, il était dans l'état suivant : douleur très-vive dans l'épaule droite, continue, mais devenant parfois tellement violente qu'il semble au malade qu'on lui enfonce un fer aigu dans l'épaule ; elle a son principal siége dans le creux de l'aisselle, et se prolonge dans le bras lors des crises violentes ; les mouvements du bras en avant et en arrière ne développent pas la douleur, mais dans ceux d'abduction elle devient excessive ; elle n'existe à la pression qu'à la partie antérieure de l'articulation, encore est-elle très-légère ; la chaleur du lit exaspère les souffrances ; bon état général. (Tisane de salsepareille ; se tenir chaudement ; frictions avec la pommade stibiée.)

Quatre jours après, je revois le malade. La pommade stibiée a déterminé des pustules très-douloureuses ; toujours mêmes souffrances d'ailleurs. Cette nuit, il n'a pas dormi, à cause de la douleur, et on a été obligé de l'habiller ce matin. Il vient me trouver à neuf heures du matin, ne pouvant remuer le bras ; je lui fais exécuter quelques mouvements, je le palpe avec soin, et je ne trouve ni gonflement ni douleur à la pression. Aussitôt après l'examen, il remue facilement le membre, et peut même lever le bras pour jeter son manteau sur les épaules. J'étais fort surpris de ce résultat, et disposé à l'attribuer à l'espèce de massage que je venais de pratiquer, mais il me dit que cela lui était déjà arrivé plusieurs fois, et que peut être, dans une demi-heure, les douleurs seraient revenues de façon à le condamner à une immobilité absolue. (Frictions avec la pommade suivante : axonge, 30 grammes ; iodure de potassium, 4 grammes ; 15 grammes par jour.)

A partir de la première friction, les douleurs ont disparu et ne se sont plus reproduites.

On voit encore ici un exemple de la névralgie brachiale dans sa plus grande simplicité. Mais comme il n'y a pas en pathologie deux cas absolument semblables, on retrouve ici certaines particularités qui manquent dans le cas précédent : ainsi la douleur ne se propogeait pas jusqu'aux doigts, elle n'augmentait pas par la pression, certains mouvements étaient douloureux, d'autres ne l'étaient pas ; cette douleur n'était pas continue, mais irrégulièrement intermittente. La durée totale de la maladie a été fort courte, comme dans le cas précédent. On voit signalée une particularité qu'on retrouve fréquemment dans les cas de ce genre; c'est l'exaspération des douleurs par la chaleur du lit.

Névralgie du cubital dans tout son trajet. Disparition de la douleur, sans traitement, après une durée d'un mois.

Obs. III.—Une femme âgée de 50 ans, bien portante, petite, d'un tempérament sec, n'ayant jamais de douleurs, a commencé, il y a trois semaines, à en ressentir une très-vive dans le bras gauche. Cette douleur est continuelle, mais plus forte lorsque la malade a travaillé ; elle a son siége à la partie interne du bras, depuis l'aisselle jusqu'au niveau du coude, et de là, mais moins forte, dans l'avant bras, avec un engourdissement fréquent dans le doigt indicateur. La pression, exercée le long du trajet indiqué, est très-douleureuse.

Cette femme est restée jusqu'à présent sans rien faire ; je lui

donne une prescription qu'elle n'exécute pas ; la douleur disparaît sans traitement.

J'ai donné succinctement cette observation pour deux motifs, pour montrer une variété assez fréquente de la névralgie qui nous occupe, celle qui se borne à une branche isolée du plexus brachial, et pour faire voir que ces affections sont susceptibles de guérison sans traitement.

Névralgie scapulo-humérale aiguë, survenue par un froid très-vif, passage à l'état chronique, malgré le traitement.

Obs. IV. — Mme C..., 45 ans, d'une constitution délicate, quoique étant rarement malade, bien réglée, fut prise, dans le courant de mai 1849, par un temps très-froid, d'une douleur excessive dans l'épaule gauche. Examinée dès le début, le 8 mai, la malade accuse une douleur très-violente dans le cou, dans l'épaule, dans le bras, et surtout dans les doigts Cette douleur force la malade à se tenir le cou penché sur l'épaule, le bras complétement immobile, car le moindre mouvement exaspère les souffrances. Les douleurs, spontanées, sont généralement tolérables, mais prennent parfois un caractère d'acuité extrême. Malgré l investigation la plus attentive, on ne trouve aucun point douloureux à la pression. Insomnie opiniâtre, rêves effrayants, sentiment de brisement général ; pouls à 100, médiocrement développé ; peau moite, langue nette, perte incomplète d'appétit, constipation, disposition à la tristesse. (Infusion de tilleul, frictions laudanisées.)

Le 9, nuit très-fatigante, avec insomnie ; impossibilité de trouver une bonne position. Les frictions sont intolérables, on les suspend.

Les jours suivants, la douleur du cou disparaît, et la tête exécute sans douleur tous les mouvements. Toute la souffrance s'est concentrée sur l'épaule en arrière, sur le bras et sur le côté correspondant de la poitrine. Parfois la douleur disparaît, de manière à faire croire à une guérison complète ; puis elle reparaît avec violence, sans cause connue. De bonnes nuits alternent avec de mauvaises.

Le traitement se compose de bains généraux, sangsues sur les points douloureux, cataplasmes émollients, poudre de Dower à l'intérieur ; plus tard, douce-amère pour boisson, et paquets composés de soufre, résine de gaïac et crème de tartre. Les sangsues sont suivies d'un mieux marqué ; mais les jours suivants, la douleur reparaît, quoique moins vive ; les bains calment ; les narco-

tiques tantôt procurent le sommeil, tantôt restent sans effet ; les paquets de soufre , gaïac et crème de tartre , déterminent des garde-robes nombreuses ; un emplâtre de thériaque opiacé amène une rémission dans les douleurs.

Le 24, la malade est mieux : toujours de bonnes nuits alternent avec de mauvaises ; pouls à 80, médiocrement développé ; peau constamment sudorale, peu d'appétit, urines rouges. Depuis quelques jours, toux grasse, avec expectoration jaunâtre très-abondante et sécrétion nasale de même nature.

Au bout de six jours, l'emplâtre de thériaque et opium détermine un eczéma aigu qui gagne le visage et amène un gonflement érysipélateux. Cette complication disparaît en huit jours.

Enfin, quoique dans le même moment j'ai observé plusieurs cas de névralgie de même nature qui se sont terminés en peu de temps par la guérison , chez Mme C..., malgré les moyens ci-dessus indiqués, auxquels je joignis plus tard les vésicatoires volants, les pilules de Méglin et de petites saignées du bras, j'eus l'ennui de voir la maladie persister, à un faible degré il est vrai. Actuellement encore (octobre 1850), il y a habituellement des douleurs dans l'épaule, que je soulage toujours au moyen de l'huile de morphine, dont la malade fait usage habituel, mais je n'ai pu les faire complétement disparaître.

Dans les cas que nous avons vus jusqu'à présent, il a été impossible d'attribuer la névralgie à une cause appréciable ; ici son développement coïncide avec un froid très vif, on en observe des cas plus nombreux que d'ordinaire, ce sont déjà des présomptions pour penser que le froid a produit la maladie; ce qui le fait encore présumer, c'est que la névralgie a été compliquée d'une bronchite très-intense qui paraît dériver de la même cause. Le début de la maladie a été très-rapide, les douleurs ont été fortes, et en même temps il y avait un mouvement fébrile. Ces diverses circonstances, chez une personne qui n'était pas sujette auparavant à des douleurs, devaient faire pronostiquer une prompte terminaison favorable. Cependant il n'en a pas été ainsi, et malgré un traitement énergique, malgré la dolicité de la malade, la maladie a passé à l'état chronique ; ce qui fait voir qu'on ne saurait trop se méfier de ces sortes d'affections qui tantôt se dissipent avec une facilité merveilleuse, tantôt résistent avec une opiniâtreté désespérante. Nous retrouvons encore ici cette particularité remarquable de douleurs très-violentes dans les moindres mouvements, et survenant spontanément, sans aucun point sensible à la pression.

Névralgie aiguë du plexus brachial, remarquable par son extrême intensité, suivie d'une paralysie momentanée du deltoïde.

Obs. V.—Mme E..., 25 ans, d'un embonpoint ordinaire, menstruée régulièrement, a joui généralement d'une bonne santé, sauf diverses affections nerveuses. La première et la plus grave a eu lieu à l'âge de 25 ans. Après plusieurs années de mariage, la malade éprouva des douleurs atroces dans le côté, suivies bientôt d'une paraplégie incomplète qui la força de marcher plusieurs mois avec des crosses. Cette maladie fut sans fièvre, et on ne découvrit l'existence d'aucune lésion organique. Plus tard, il y eut des douleurs violentes de la face du côté gauche, de la cuisse et du flanc du même côté : ces accidents s'accompagnèrent d'un amaigrissement notable, et de battements de cœur assez intenses pour faire croire à l'existence d'une maladie organique. Suivie de près par plusieurs médecins distingués de Paris, elle fut mise à un régime débilitant, aux sangsues (c'était le moment où triomphait la doctrine de Broussais). Elle s'affaiblissait de plus en plus, lorsqu'elle se mit entre les mains d'un autre médecin, qui la rétablit avec des toniques, un bon régime, les bains froids et les bains de vapeurs. Depuis ce temps, sa santé est bonne, sauf qu'elle éprouve fréquemment des douleurs vagues qu'elle attribue à des rhumatismes.

Le 12 août 1846, sans autre cause appréciable qu'une forte chaleur, la malade éprouva, dans le bras et l'épaule gauches, une crise de douleur qui dura cinq heures, et dont la violence est telle qu'elle se roulait dans son lit en poussant des cris. Des cataplasmes chauds soulagèrent beaucoup.

Le 13, la journée fut assez bonne.

Le 14, les douleurs revinrent plus fortes que l'avant-veille : tantôt c'étaient des élancements dans les parties malades, tantôt il semblait que le bras se détachait du tronc. Le siége de la plus grande douleur était l'épaule, surtout à la partie antérieure de l'articulation ; elle existait également sur le devant de la poitrine, sur le bras, au pli du coude, et un peu dans l'avant-bras et au poignet. La peau était tellement sensible, que le plus léger frottement faisait pousser un cri de douleur. Le moindre bruit exaspérait le mal ; une fois entre autres, le calme commençait à renaître, lorsque la chute d'un corps pesant fit tressaillir la malade et ramena une crise très-violente. Comme le moindre mouvement du bras était très-douloureux et presque impossible, je pense que c'était en produisant un tressaillement dans les muscles que le bruit exaspérait la douleur. Les souffrances étaient généralement

plus fortes la nuit, mais elles existaient aussi très-vives de jour, et la malade fut quatre jours et quatre nuits presque sans dormir. Le pouls était calme, l'appétit assez bon.

Le 15, les douleurs devinrent intolérables pendant la nuit, au point d'amener une sorte de délire, et, chose singulière, le calme revint aussitôt qu'on eut relevé fortement les doigts, qui se contractaient convulsivement : tant qu'on maintenait cette position, la douleur était supportable, mais elle devenait atroce aussitôt qu'on abandonnait la main à elle-même.

J'essayai sans succès, pendant quatre jours et successivement, le sulfate de quinine, les pilules d'extrait d'aconit napel et d'oxyde de zinc ; l'opium procura un peu de calme; les cataplasmes de farine de lin très-chauds soulageaient en ramenant de la chaleur dans le bras, qui était toujours plus froid que l'autre ; les frictions avec l'huile de jusquiame, le laudanum, l'onguent populéum laudanisé, exaspéraient aussitôt les douleurs ; un emplâtre de thériaque ne produisit aucun résultat.

Le 19, après toutes ces tentatives, les douleurs étaient encore très-fortes, mais la peau moins sensible. J'essayai les pilules de Méglin, 4 par jour. Soit que la maladie fût sur son déclin, soit effet des pilules, les crises diminuèrent tous les jours.

Le 22, il y avait encore par moment des ressentiments de douleurs ; un bain fut pris avec plaisir, et ne produisit ni bien ni mal. A ce moment, la malade pouvait serrer fortement avec la main du côté affecté, mais il lui était impossible de soulever le bras, qui restait au corps comme paralysé, et qui avait besoin d'être soutenu par une écharpe. Si on le soulevait en entier, il retombait aussitôt, ce qui ramenait la douleur. Quelques jours après, la malade put faire sa toilette de tête, mais elle avait besoin que quelqu'un soutînt le bras ; alors elle conservait toute l'agilité des mains. Peu à peu, tous ces symptômes disparurent. Depuis cette époque, il n'y a pas eu de récidive, et la santé a été excellente (octobre 1850).

Dans les observations précédentes, la maladie s'était développée tout à coup, sans cause appréciable, sans que rien indiquât une prédisposition individuelle quelconque. Dans le cas actuel, il semble qu'il en est autrement. Déjà plusieurs graves maladies avaient agi sur le système nerveux, et il en était resté une propension habituelle aux affections nerveuses. J'ai indiqué l'extrême chaleur de la saison comme la cause accidentelle à laquelle on doit attribuer, dans ce cas particulier, le développement de la maladie : ce qui me le fait penser, c'est que pendant l'été de cette année, qui fut très-remarquable par sa température élevée, au

moment où ces fortes chaleurs régnaient, on remarqua, d'une manière très appréciable, des névralgies très violentes de la face, du plexus brachial, et d'autres parties du corps, tellement nombreuses, comparées aux autres temps de l'année, que je n'hésite pas à les considérer comme étant sous la dépendance de cette forte chaleur. L'étude de la douleur nous offre plusieurs particularités intéressantes; on trouve peu de cas dans lesquels les souffrances aient été aussi intenses, puisqu'elles ont été jusqu'à provoquer une sorte de délire. On trouve en outre, réunis dans un seul cas, presque tous les symptômes locaux propres à la névralgie qui nous occupe. Ainsi, outre la douleur spontanée, qui a eu les caractères qu'on lui reconnaît généralement, il existait une douleur excessive par le moindre attouchement, névralgie dont le siége est à la peau et qui a été bien décrite par M. Beau sous le nom de dermalgie. Le mal siégeait également dans les parties plus profondes, comme on le voit par la douleur que provoquait le plus léger mouvement; et pour que l'exemple soit complet, nous voyons que les nerfs musculaires participaient à la maladie, comme l'indique la contraction involontaire des doigts pendant la crise, et la paralysie du deltoïde consécutive à la névralgie. On trouve également, dans ce cas, la douleur aussi violente la nuit que le jour.

Pour le traitement, bien que pendant plusieurs jours des médicaments nombreux et actifs aient été employés sans succès marqué, il faut reconnaître que malgré l'intensité des douleurs, malgré la prédisposition de la malade et la tenacité des maladies nerveuses précédentes, la névralgie brachiale a disparu complétement et dans un espace de temps moins long qu'on n'était en droit de le craindre.

Contracture douloureuse des muscles de l'avant-bras et des poignets; emploi de l'acupuncture.

Obs. VI. — M. P..., tailleur d'habits, d'une excellente santé habituelle, non sujet au rhumatisme, fut pris d'une violente douleur dans l'avant-bras droit, le 8 septembre 1848. Cette douleur augmentant toujours, il vint me trouver à midi, portant le bras en écharpe. Je trouve une douleur excessive qui s'étend depuis le pli du coude jusqu'à l'extrémité des doigts de la main droite, et qui siége surtout à la partie moyenne et interne du bras, dans la région qu'occupent les fléchisseurs. Cette douleur est atroce; elle arrache des larmes au malade par instants; elle est continue avec des exacerbations violentes, et

empêche absolument l'usage du bras. Les doigts sont à demi fléchis et rétractés, le poignet est fortement renversé en arrière ; on voit le relief très marqué des tendons. Si on veut redresser les doigts, et surtout le poignet, on détermine des douleurs atroces ; il en est de même si on palpe les parties douloureuses. Bon état général. Je propose l'acupuncture, que le malade accepte. J'enfonce trois aiguilles dans le bras, et le malade n'éprouve aucune sensation de douleur La douleur se calme peu après l'acupuncture. Les aiguilles restent deux heures, elles sont peu rouillées.

Le 9, la douleur est moins vive, surtout dans les régions occupées par les piqûres ; mais au poignet même et vers le pli du bras, encore vive douleur et impossibilité de redresser le poignet sans provoquer des souffrances intolérables. Nouvelles aiguilles à acupuncture : l'aiguille du poignet fait éprouver de suite la sensation de milliers d'épingles dans le creux de la main, le poignet et les doigts ; celle du bras ne donne que la sensation d'une piqûre ordinaire. Le soir, douleurs moins fortes. (Frictions avec un liniment laudanisé et camphré.)

Deux jours après, le malade se servait de sa main pour coudre ; il souffrait à peine. Il n'y a pas eu de récidive.

J'ai cité cette observation après la précédente, parce qu'elle mérite de lui être comparée par ses analogies et par ses différences. L'analogie qu'il y a entre elles consiste dans cette contracture musculaire qui accompagnait les douleurs, et qui était très marquée ainsi que très-facile à étudier, à cause de son siége à la partie antérieure de l'avant-bras. Cette contracture, dont la cause doit être la même dans les deux cas, c'est-à-dire la participation des nerfs musculaires à l'état morbide, offre cette particularité que toute tentative pour la faire cesser, loin de soulager, comme dans le cas précédent, provoquait une plus vive douleur. Une autre différence, c'est que tandis que, dans le cas précédent, la maladie occupait le tronc et une grande partie des branches du plexus, ici nous la voyons limitée à une très-petite portion de ce même plexus, toutes les autres branches ne donnant aucun signe de souffrance.

On voit que j'ai employé l'acupuncture, si préconisée dans ces sortes de cas, et qui ne paraît pas avoir produit un meilleur résultat que d'autres moyens. Dans d'autres cas cependant, je l'ai vu amener des résultats très-satisfaisants.

Névralgie scapulo-humérale chronique, avec recrudescence sous forme aiguë. Terminaison rapide par la guérison. Impossibilité des frictions, à cause de la douleur.

Obs. VII. — M. Chev..., 55 ans, d'une bonne santé habituelle, n'avait jamais éprouvé de douleurs, lorsqu'il y a douze ans, il passa une partie de la nuit exposé au froid ; le lendemain, il reçut une pluie très froide, et rentra chez lui complétement mouillé. Une heure après, il fut pris d'une douleur atroce dans l'épaule gauche, et l'éprouva pendant plusieurs jours. Depuis cette époque, il est sujet à souffrir de temps en temps de cette épaule, surtout lorsque le temps change. Il a aussi moins de liberté d'agir et moins de force dans ce bras que par le passé. Pendant une partie de l'hiver de 1847 à 1848, il ressentit des douleurs à la jambe et à l'épaule du même côté, mais supportables.

Le 4 avril 1848, sans autre cause appréciable qu'un froid humide longtemps prolongé, il fut pris tout à coup d'une douleur atroce dans l'épaule. Appelé aussitôt, je le trouve dans l'état suivant : douleur excessive, revenant par crises, par élancements insupportables, ayant son siége principal à la partie antérieure de l'articulation de l'épaule gauche, se prolongeant sur toute la partie antérieure du bras, rendant impossible le moindre mouvement, sous peine d'exaspérer immédiatement les douleurs. Sensibilité extrême à la pression. Langue nette, peu d'appétit, pouls normal, sueurs abondantes, bon état du reste. Le malade s'est appliqué sur tout le bras un sinapisme qui a déterminé une rougeur vive et a exaspéré la douleur. (Infusion de tilleul, teinture de gaïac.)

Le 25, nuit agitée, toujours mêmes douleurs, coloration rouge du visage ; pouls fort, à 80 ; peau chaude et sudorale. (10 sangsues loc. dol.)

Le 26, les sangsues ont beaucoup donné, nuit tranquille; les douleurs spontanées ont disparu, mais le moindre mouvement les ramène. Bon état général; peu d'appétit. (Même prescrit, taffetas gommé, la sensibilité des parties ne permettant pas la moindre application locale.)

Le 27, le taffetas gommé n'a pas été appliqué. Toujours sensibilité extrême à la pression, surtout au sommet de l'épaule ; les douleurs spontanées sont faibles ; toujours impossibilité de remuer le bras ; les mouvements de l'avant-bras sont plus libres. Des frictions avec onguent mercuriel et extrait de belladone ne peuvent être supportées.

Le 29, même état (Pilules de Méglin, 2 par jour).

Le 1er mai, le malade est beaucoup mieux ; il a pu sortir tenant son bras en écharpe (les douleurs violentes ont duré huit jours à peine).

Le 10, bon état, sauf un peu de faiblesse dans le membre malade. Jusqu'à présent (octobre 1850), il n'y a pas eu de récidive.

La marche de la maladie est intéressante ici, parce qu'elle constitue une variété qui tient de l'état aigu et de l'état chronique. On a vu, en effet, que la maladie a débuté sous forme aiguë, a persisté à un faible degré pendant longtemps, ce qui constitue l'état chronique, et a reparu, au moment où le malade était soumis à mon observation, sous forme très-aiguë bientôt terminée par la guérison. La douleur existait sous ses différentes formes, c'est à dire spontanément, à la pression et par les mouvements. Nous retrouvons, entre autres, cette douleur excessive à la peau, que l'on a décrite sous le nom de dermalgie, et qui rendait impossible toute application locale. Quant au traitement, tout indique que les sangsues ont eu une grande part dans la cessation rapide des douleurs. J'ai observé plusieurs autres cas dans lesquels le même moyen a été suivi d'une guérison presqu'immédiate. Comme cause de la maladie, on ne peut se dissimuler que le froid humide paraît avoir joué un grand rôle, car le début primitif a eu lieu à l'occasion d'un refroidissement très-appréciable, les souffrances reparaissaient en hiver, et la crise violente que j'ai observée avait coïncidé avec un froid humide et prolongé.

Névralgie scapulo-cervicale très-aiguë, s'étant reproduite à huit années de distance ; douleurs erratiques dans l'intervalle.

Obs. VIII. — M. R... 45 ans, jouissant d'une très bonne santé, se refroidit fortement pendant les premiers jours de novembre 1848. Pendant plusieurs jours, il éprouva une douleur supportable de l'épaule droite et du cou ; il se contenta de se tenir chaudement. Mais le 16, vers trois heures du matin, cette douleur devint tellement violente, que le malade, naturellement courageux, se roulait en poussant des cris; elle avait le caractère d'un crampe occupant la région cervicale, l'épaule et la partie antérieure du bras. Le matin, lorsque je vis le malade, il jouissait d'un calme momentané, auquel succédèrent bientôt, en ma présence, de nouvelles crises d'une intensité extrême. Pas de fièvre ; bon état général. Ce qui effraie le malade, c'est qu'il y a huit ans il

a eu dans l'épaule gauche une douleur analogue, dont il s'est ressenti pendant trois mois. La palpation la plus attentive ne fait pas percevoir le moindre point douloureux, bien que le mouvement ramène les souffrances, remarques qu'a déjà faites le malade, et sur lesquelles il attira mon attention. (Infusion de tilleul ; opium 5 centigrammes, toutes les trois heures.) — Les jours suivants, les douleurs diminuent sensiblement ; au bout de huit jours, retour complet à la santé.

Dans l'hiver de 1849 à 1850, M. R. me consulte de nouveau. Son *rhumatisme*, me dit-il est fixé entre les deux épaules. Il n'y éprouve pas de douleurs vives, mais un engourdissement continuel qui se prolonge dans le dos et dans les deux bras, de manière à rendre les mouvements moins libres ; il en souffre plus la nuit que le jour. Du reste, il vaque à ses affaires et ne m'en parle que par occasion.

Cette observation a de l'analogie avec la précédente, en ce sens que la névralgie s'est reproduite à l'état aigu, et à de longues années de distance. Elle en diffère en ce que, dans l'intervalle, il n'existait pas de douleur sourde dans l'épaule ; mais, par contre, le malade était sujet à des douleurs erratiques qui se fixèrent, l'année suivante, entre les deux épaules. La nature des douleurs présente également une différence notable, car tandis que, dans le cas précédent, le moindre attouchement des parties malades était insupportable, ici la palpation, le massage même, ne produisaient aucune sensation particulière, bien que les douleurs fussent extrêmes dans les mouvements, et spontanément. Comme cause appréciable, nous retrouvons encore le refroidissement, et on remarque, comme dans presque tous les cas précédents, l'augmentation des douleurs pendant la nuit.

Névralgie scapulo-humérale violente, sans douleur à la pression, précédée de coliques intestinales violentes. D'abord pas de traitement, persistance de la maladie; puis disparition à la suite d'un traitement approprié.

Obs. IX. — M. Rab.. 56 ans, grand, maigre, coloré, d'une bonne santé habituelle, sujet à des transpirations abondantes toutes les nuits, qu'il considère comme lui étant salutaires, car lorsqu'elles manquent il est souffrant, éprouva, dans le courant de mars 1846, des étourdissements violents qui le faisaient chanceler comme un homme ivre. Ces étourdissements disparurent et dès lors il éprouva des coliques extrêmement violentes dans les intestins, avec sueurs abondantes,

calme de la circulation, constipation opiniâtre. Ces coliques durèrent huit jours avec une telle intensité que, pendant les crises, le malade se roulait dans ses couvertures. Peu à peu elles disparurent, et le malade revint à son état de santé habituel. En hiver 1847, elles se reproduisirent, mais moins violentes ; le malade les attribuait à des refroidissements continuels auxquels sa profession de tueur de porcs l'exposait fréquemment.

En juin 1850, les douleurs de colique n'ayant pas paru cet hiver, M. Rab, éprouve de très-violentes douleurs dans le bras, qu'il supporte pendant un mois, espérant toujours les voir disparaître ; cependant voyant qu'elles augmentent toujours, il me fait demander. Ces douleurs sont lancinantes, quelquefois font pousser des gémissements au malade ; elles reviennent par intervalles très-rapprochés et se font surtout sentir dans la gouttière vertébrale du côté droit, dans la région sus-scapulaire, l'épaule, la partie interne du bras, et surtout l'annulaire et le petit doigt, où elles sont d'une violence extrême et presque continuelles, ainsi que dans la région correspondante de la main. J'ai examiné avec le plus grand soin, pressé, palpé toutes les regions indiquées et les voisines, notamment la partie antérieure de l'épaule et la région axillaire au niveau du plexus, sans que ces tentatives aient provoqué la moindre douleur. (Vésicatoire avec la morphine dans la gouttière vertébrale ; poudre de Dower tous les matins, infusion de tilleul)

Le lendemain 25. Nuit un peu plus calme, sueurs abondantes. Le malade avait à peine dormi depuis huit jours ; le lit exaspère les douleurs. (Continuation du traitement,)

Le 26. Même état, malgré une sueur abondante tous les matins.

Les 27. Douleurs un peu moins vives, langue jaunâtre, bouche amère, constipation. En raison des symptômes du tube digestif, je prescris : calomel, 10 centigrammes le soir en se couchant ; le lendemain, poudre *de tribus*, un gramme et demi.

Le 28. Dix selles jaunâtres et liquides.

Le 29. Nuit, bonne, douleurs faibles, appétit.

Les jours suivants, les douleurs diminuent sensiblement ; et, dans les premiers jours du mois suivant, le malade reprend son travail de maçon. Il a encore de temps en temps quelques légères douleurs dont il ne s'occupe plus.

Je crois que ce cas est un de ceux qui prouvent l'existence d'un même principe morbifique propre à déterminer des effets différents. Je n'ai pas dû donner tout au long la relation des coliques intestinales ; mais la nature des douleurs dans les deux cas, l'absence de mouvement fébrile marqué, la disparition complète

sans laisser aucune trace, indiquent clairement que la névralgie brachiale et les coliques intestinales étaient de même nature. Les antécédents, aussi bien que les circonstances au milieu desquelles se sont développés les accidents, prouvent que le froid humide a eu une grande influence sur leur apparition dans les deux cas. La névralgie en elle même est intéressante à étudier : son siége a été très étendu, et nous la voyons occuper d'espace en espace des régions très-limitées, certains doigts et la partie correspondante de la main, la partie interne du bras, sans que ni l'avant bras ni la partie externe du bras soient le siége d'aucune sensation particulière. Nous remarquons aussi, malgré l'extrême acuité des souffrances, l'absence de toute douleur à la pression, et ce caractère souvent signalé, l'augmentation des douleurs par la chaleur du lit. Ce cas est aussi un de ceux qui prouvent le mieux l'heureuse influence d'un traitement approprié ; car la maladie est restée abandonnée à elle-même pendant un mois, et les souffrances allaient toujours en augmentant : c'est l'excès des douleurs qui a décidé le malade à suivre un traitement dont le résultat a été une amélioration très-rapide et une guérison presque complète au bout de huit jours.

---

6. *Études anatomo-pathologiques sur le choléra, et en particulier sur les altérations cholériques des poumons* ; par **A. Walther**, professeur d'anatomie à l'Université de Kieff (1).

(Archives générales de médecine, novembre 1850.)

Avant d'aborder les recherches spéciales qui font surtout l'objet de ce mémoire, il est utile d'exposer succinctement l'ensemble des lésions auxquelles donne lieu le choléra.

En se plaçant exclusivement au point de vue de l'anatomie pathologique, on doit établir trois catégories distinctes, qui répondent d'ailleurs aux divisions admises par la plupart des médecins.

1° Si le cholérique succombe, n'ayant eu que peu ou pas d'évacuations gastro-intestinales, voici ce qu'enseigne l'autopsie : le

(1) La faculté de médecine de Kieff est, entre les cinq universités russes, une de celles qui se distinguent le plus par son personnel enseignant. Il suffit de citer les professeurs Zizurin, Becker, Karavajeff, dont les noms sont justement estimés dans le Nord. Le mémoire du professeur Walther, outre l'importance de recherches sérieuses et l'intérêt qui s'attache aux problèmes encore indécis qu'il soulève, nous paraît mériter à d'autres titres l'attention de nos lecteurs. Il témoigne des progrès que fait chaque jour le mouvement scientifique dans des provinces où on était plus habitué à traduire nos auteurs qu'à fournir matière à une traduction française. (*Note du Redacteur.*)

cerveau ne renferme que la quantité de sang normale ou est le siége d'une légère hyperémie capillaire ; dans quelques cas rares, il semble même anémique ; on trouve également des épanchements séreux dans les cavités de l'arachnoïde et dans les ventricules. Dans la poitrine, le sang que contiennent le cœur et les gros vaisseaux n'est pas coagulé, ou du moins le coagulum est mou, peu consistant, et comme œdémateux ; le sang a une couleur particulière, sans être poisseux. Les *poumons* sont gonflés, emphysémateux, rouges, comme ceux de l'enfant ; si on les coupe, il s'écoule un sang d'un rouge vif, qui sort *seulement* des plus gros vaisseaux et présente la même coloration que le parenchyme. Dans certains cas, la couleur est un peu plus foncée ; le poumon est encore dilaté, mais évidemment œdémateux (le rouge est plus clair dans un œdème d'égal degré, indépendant du choléra) ; les cavités de la plèvre sont le siége d'un épanchement séreux. Le *canal intestinal* est injecté ; l'injection est en général vermeille, elle a lieu surtout dans les vaisseaux d'un certain diamètre, comme on peut facilement s'en convaincre en regardant par transparence un morceau d'intestin étalé sur une lame de verre. L injection qui s'étend de l'estomac à l S iliaque est plus prononcée dans l'intestin grêle. Le contenu du conduit intestinal a été assez souvent décrit pour qu'il soit inutile d'y revenir ; je ne puis que certifier l'exactitude des recherches de Böhm, en particulier pour ce qui concerne les glandes de Peyer. Examinée au microscope, la masse du liquide contient une si grande quantité de débris d épithélium, que les autres éléments perdent toute importance ; je n'ai d'ailleurs jamais pu découvrir les particules des protéine coagulée dont parle Rokitansky. Le foie n'est pas augmenté de volume, il est rouge, et sa consistance est en rapport avec le degré de l'injection. La vésicule biliaire contient un liquide de nuance variable, et qui, dans un cas, était claire comme de l'eau. A toutes les périodes, j'ai trouvé la rate de dimension et de consistance normales, les reins toujours congestionnés. Chez les femmes, la présence d'un liquide sanglant dans l'utérus est un fait constant, et commun à toutes les périodes de la maladie, quelque avancé que soit l'âge du sujet (1).

2° Lorsque des évacuations considérables ont précédé la mort, le sang est surtout modifié, il devient poisseux, et prend ces caractères particuliers dont tous les écrivains ont fait mention. Les poumons, et j'insiste sur ce point, sont dans le même état que durant le premier stade ; la surface en est rouge vif, et quand l'emphysème atteint le tissu interlobulaire, il dessine des stries

(1) V. Mazonn, *Einige Bemerkungen über die Cholera.*

argentées qui semblent le découper régulièremunt. On constate déjà, le plus souvent, une forte hyperémie du cerveau et une notable sécheresse des muscles et du tissu cellulaire.

3° A la période de réaction (*Typhus stadium*), le cerveau et la moelle sont hyperémiques au dernier degré ; les poumons ne sont plus ni rouges ni dilatés; les contenus de l'intestin sont toujours bilieux et quelquefois assez solides ; l'injection de l'intestin est devenue surtout notable autour des glandes de Peyer, elle est d'un brun sale ; le foie, les reins, l'utérus, restent tels que nous les avons décrits. Plus ce stade a de durée, plus le tissu cellulaire se sèche ; les muscles sont d'une couleur foncée qui tourne au violet. On trouve dans le cœur du coagulum fibrineux qui s'étendent jusque dans les grands vaisseaux.

On voit, d'après ce rapide exposé des résultats fournis par les autopsies, combien il importe et combien il est légitime en même temps, de séparer la troisième période du choléra des deux autres ; on peut d'ailleurs résumer ainsi les caractères anatomo-pathologiques sur lesquels se fonde cette distinction. Dans la période typhoïque (choléra-typhus), le sang est poisseux et ne se coagule pas ; les muscles sont d'une couleur violette sans sécheresse, le cerveau est congestionné, les poumons ne sont ni œdémateux ni anémiques ; l'injection du canal intestinal est plus livide, les matières contenues dans l'intestin, colorées par la bile, ont souvent une certaine consistance. Anatomiquement le cerveau est l'organe altéré, et c'est en effet au stade typhoïde que s'appliquent avec le plus de succès les saignées locales et les épithèmes froids sur la tête.

Même en se renfermant dans l'étude du choléra proprement dit, il est impossible, faute de temps, d'examiner tous les organes avec une égale exactitude. J'ai concentré mon attention sur les poumons : d'une part, j'étais convaincu du rôle important qu'ils jouent dans la terminaison fatale de la maladie ; de l'autre, je ne pouvais me dissimuler l'insuffisance des recherches entreprises sur les lésions pulmonaires. Le choléra m'offrait d'ailleurs une occasion trop favorable de vérifier les résultats auxquels j'avais été conduit par des travaux antérieurs pour que j'hésitasse à en profiter. J'indiquerai très brièvement les principaux faits dont les observations anatomiques m'ont fourni la démonstration, et sans la connaissance desquels on comprendrait difficilement la nature des altérations cholériques.

On admet généralement, d'après Purkinge, Valentin et Henle, que l'épithélium de la muqueuse pulmonaire est un épithélium à cylindres. C'est une erreur contre laquelle se sont déjà élevés

quelques auteurs ; voici la vérilable disposition : Si on coupe un poumon de mammifère ou d'homme, qu'on lave la surface coupée dans l'eau et qu'on la racle ensuite avec un scalpel, on ne trouve qu'exceptionnellement, dans les particules ainsi détachées et mises sous le microscope, un épithélium à cylindres ; ce sont des cellules ovales, la plupart sans noyau ; quelques grosses cellules également ovales remplies de granulations élémentaires, et entre les deux toutes les formes intermédiaires. Si, dans le tissu pulmonaire, on recherche les plus petits rameaux bronchiques que peut isoler une préparation, et si on examine l'épithélium qui les revêt, on ne voit qu'un épithélium à cylindres ; il devient dès lors assez probable que les dernières extrémités des bronches sont seules dépourvues de cette sorte d'épithélium. Lorsqu'après avoir insufflé et fait sécher un poumon, on coupe des tranches minces qu'on puisse mouiller et examiner sous le microscope, il est facile de s'assurer que les bronches les plus fines contiennent des cellules cylindriques, et les vésicules pulmonaires, une seule couche de cellules plates. Il semble que la nature ait ainsi voulu réduire l'intervalle qui sépare l'air du sang ; peut-être aussi ces cylindres ne sont-ils pas sans usages relativement à l'expectoration.

Je n'avais pu parvenir à déterminer le point précis où cesse un ordre de cellules pour être remplacé par l'autre ; on verra plus loin comment le choléra facilite cette recherche. Toute l'étendue des voies aériennes jusqu'au larynx est couverte d'épithélium cylindrique. Les cylindres et l'épithélium des vésicules sont les principaux éléments de l'expectoration, auxquels il faut joindre le produit des glandes bronchiques. Cette dernière sécrétion se compose des corpuscules muqueux, qui se distinguent par leur forme arrondie et par leurs autres caractères bien connus. L'étude séméiotique de l'expectoration doit tenir compte des trois éléments, les isoler l'un de l'autre. Ces données anatomiques contribueront sans doute à éclairer le diagnostic des maladies de poitrine, et serviront au moins à jeter quelque jour sur l'anatomie pathologique du poumon, encore si pleine d'obscurité.

Quand on vient à couper le poumon d'un individu mort du choléra, on peut toujours en exprimer une certaine quantité de liquide spumeux, séreux, peu coloré ; après un lavage dans l'eau, suffisant pour enlever les globules sanguins, on trouve une grande masse d'épi hélium plat des vésicules, tel que je l'ai décrit. Ce sont tantôt des cellules isolées tantôt des agglomérations assez analogues à un poil, c'est-à-dire formant une tige

mince terminée par une sorte de bulbe. Le bulbe se compose de cellules plates; la tige, de cellules cylindriques. Il est bien évident qu'on a sous les yeux l'*épiderme* détaché de la vésicule pulmonaire et du ramuscule bronchique correspondant, et que par conséquent l'épithélium à cylindres s'arrête au niveau de la vésicule. Les cellules plates ainsi expulsées ont subi d'ailleurs quelques changements ; elles sont granulées, et cette granulation paraît le plus souvent provenir de l'inclusion de granules élémentaires.

Les grosses bronches sont enduites d'un mucus assez tenu, facile à absterger. Elles sont injectées ; mais l'injection, au lieu d'être capillaire, se limite, comme dans l'intestin, aux vaisseaux d'un certain calibre. Toutes les fois que la quantité du liquide contenu dans le poumon est assez considérable pour forcer à reconnaître l'existence d'un œdème, l'épithélium se détache par masses. Peut être pourrait-on objecter que c'est là un phénomène cadavérique. Pour prouver le contraire, il suffit de prendre un poumon de cholérique sans le comprimer, et d'examiner le liquide spumeux accumulé dans les grosses bronches ; on y retrouve en quantités énormes les éléments épithéliaux propres aux dernières vésicules. Il a fallu que ces cellules fussent détachées déjà pendant la vie et eussent même le temps de parcourir un trajet qui ne pourrait s'effectuer dans le cadavre.

Les poumons des animaux, étudiés même plusieurs jours après l'autopsie, donnent encore sous la pression quelque peu de liquide, où on découvre des fragments d'épithélium rares et malaisés à saisir sous le microscope. Si on assomme un chien par un coup violent sur l'occiput, il arrive que l'animal meure d'œdème pulmonaire. Les rameaux principaux des bronches ne renferment alors que de l'épithélium cylindrique ; le liquide qui baigne le parenchyme laise voir des traces peu nombreuses d'épithélium des vésicules.

On est donc en droit de conclure que le choléra exerce une action particulière sur la couche épithéliale : les faits que je viens d'exposer ont leur cause dans la maladie et non dans une décomposition cadavérique.

Qu'on se rappelle d'ailleurs que si, dans la période typhoïde du choléra, le cerveau est l'organe essentiellement affecté, c'est le poumon qui paraît surtout menacé durant les deux premières périodes : je n'ai jamais été témoin d'un seul cas où, le malade ayant succombé dans le stade cholérique proprement dit, cet organe fût demeuré intact. Les poumons étaient toujours d'un rouge clair, anémiques, ou, quand l'anémie était moins pro-

noncée, œdémateux. La coloration était la même dans les deux cas. Au point de vue anatomique, l'altération pulmonaire est la cause de la mort dans le choléra. Cette thèse n'a d'ailleurs rien de neuf, et sans pouvoir décider jusqu'à quel point elle est absolue, on ne peut nier qu'elle ne soit confirmée par les observations cliniques pour la presque totalité des faits.

Romberg divise le choléra en entérique et asphyxique, ce dernier ayant pour caractère la dyspnée et pour résultat ce qu'il appelle la mort pulmonaire (*Lungen-tod*). Ne pourrait-on pas, en se fondant sur les autopsies, appliquer aussi justement ces deux signes distinctifs à la forme entérique? Le refroidissement de la surface du corps, la cyanose de la peau, l'angoisse et l'agitation des malades, contrediraient-ils donc une semblable opinion ? Ne voit on pas d'ailleurs des cholériques, après les évacuations les plus abondantes, quand le pouls a cessé d'être sensible, crier avec une voix inquiète qu'on leur donne de l'air.

La forme asphyxique du choléra se rapproche par ses symptômes de l'anémie pulmonaire qu'on observe à la suite de grandes pertes de sang, par exemple. La respiration est libre, profonde, et cependant la dyspnée est extrême. Le besoin de respirer s'explique alors par l'acide carbonique contenu dans le sang, qui, n'arrivant plus au poumon en quantité suffisante, ne peut se débarrasser de l'excès d'acide dont il est chargé. Les recherches des physiologistes modernes, celles de Volkmann en particulier, ont démontré surabondamment que la dyspnée se produit toutes les fois que du sang surchargé d'acide carbonique est en contact avec la moelle allongée ou avec les nerfs qui en dérivent. Autant qu'il m'est permis de conclure de mes propres recherches, appuyées par celles d'autres observateurs, la dyspnée, c'est-à dire la véritable asphyxie, se déclare en même temps que les extrémités se refroidissent, et que le pouls disparaît. Dans d'autres cas, le pouls est plein, souvent accéléré, la peau chaude, et cependant les malades se plaignent de la plus violente oppression ; plus tard, la cyanose survient, la peau se refroidit, le pouls s'efface. L'autopsie m'a montré deux fois que ces symptômes répondaient à l'œdème aigu. Les deux sujets qui ont succombé étaient vigoureux. Les autres exemples dont j'ai été témoin se sont terminés par la guérison. L'œdème pulmonaire s'est présenté d'ailleurs dans le quart des autopsies que j'ai faites.

Ainsi, au point de vue anatomo-pathologique, la mort a lieu par anémie et par œdème du poumon. Ce résultat me semble d'une grande importance pour la médecine pratique, et la distinction ne doit pas échapper aux médecins exercés à l'auscultation.

Étant donc admis que les poumons sont en réalité l'*atrium mortis* dans le choléra, il est important de rechercher par quel mécanisme s'accomplissent de si graves lésions. Ce problème, d'un intérêt tout pratique, a déjà reçu deux solutions.

Suivant Rokitansky, l'anémie serait due à l'épaississement du sang. Malgré tout le respect que je professe pour ce savant investigateur, je ne puis penser qu'il en soit toujours ainsi. En admettant que la sécheresse des organes et l'état poisseux soient des *critérium* exacts de l'épaississement du fluide sanguin, l'anémie la plus prononcée peut très-certainement exister sans ces phénomènes. A défaut de l'épaississement du sang, d'autres causes peuvent être mises en avant, la diminution de la force du cœur par exemple, qui expliquerait en même temps l'abaissement de la température. Dans une hypothèse comme dans l'autre, on serait conduit à conclure que l'anémie pulmonaire ou l'asphyxie est en rapport direct avec la quantité des évacuations, ce que nient formellement des observateurs comme Romberg.

En présence de ces objections et d'autres qu'il est inutile d'exposer, l'autre solution me paraît gagner du terrain.

Qu'on se représente les caractères anatomiques par lesquels se manifeste l'action du choléra sur la membrane muqueuse intestinale : injection des gros vaisseaux, sécrétion aqueuse dans la cavité de l'intestin, abduction d'une masse considérable d'épithélium. Comment méconnaître l'analogie de ces phénomènes avec ceux qui appartiennent à l'œdème aigu du poumon, tel que je l'ai décrit ? Dans le poumon, en effet, on observe une injection vasculaire surtout des gros vaisseaux, une sécrétion aqueuse dans les voies respiratoires, une proportion exceptionnelle d'épithélium détaché. Nous aurions donc un *processus* cholérique sur la membrane muqueuse du poumon, fait important entrevu plutot que démontré jusqu'à ce jour.

Le *choléra pulmonaire* s'est offert à mon observation avec ou sans évacuations alvines. Mes collègues les professeurs Zizurin et Kosseloff ont vu des exemples de choléra asphyxique où l'oppression était extrême, sans diarrhée séreuse ; malheureusement l'autopsie des malades qui moururent ne fut pas possible. Je n'ai à citer qu'un fait de ce genre, et encore manque t-il de détails précis sur quelques-uns des symptômes. Le malade qui succomba au choléra était convalescent d'une dysenterie. Je trouvai dans le poumon tous les signes de l'influence cholérique : coloration rouge, injection capillaire très peu considérable, œdème abondant, masse énorme d'épithélium détaché ; pas de traces d'altérations cholériques de l'intestin, sauf quelques résidus de

dysenterie à la courbure sigmoïde (cicatrices et taches rouges) ; pas de traces de sécrétion anormale dans l'intestin grêle. Peut-être voudra-t-on objecter qu'il s'agissait là d'un œdème simple ? Je rappellerai de nouveau que, chez les chiens qui meurent d'un œdème artificiel, les poumons sont d'une couleur plus foncée que ceux des cholériques, que la quantité d'épithélium détachée est insignifiante et presque nulle ; enfin que les cellules épithéliales ne subissent aucune modification (granulations, intussusception de granules moléculaires).

Tant de preuves réunies ne suffisent-elles pas à démontrer que le choléra a une action propre sur la membrane muqueuse pulmonaire ? Est-ce trop présumer de l'utilité de ces recherches, que de croire qu'elles méritent de fixer l'attention du médecin, et qu'elles fourniront des éléments précieux aux indications thérapeutiques ?

En résumé : le choléra et le choléra-typhus doivent être regardés comme deux maladies parfaitement distinctes.

Les cholériques meurent, d'après les observations anatomo-pathologiques, d'anémie ou d'œdème pulmonaire.

Ces deux états du poumon peuvent vraisemblablement se reconnaître durant la vie, et réclament sans doute des médications différentes.

L'œdème du poumon résulte de l'action (*processus*) du choléra sur la membrane muqueuse.

Cette action se produit avec ou sans évacuations alvines. Il semble exister un rapport inverse entre la quantité des évacuations intestinales et l'intensité du choléra pulmonaire, surtout en ce qui concerne la quantité de liquide sécrété dans le poumon.

Les poumons, dans l'œdème et l'anémie cholériques, ont la même coloration ; leur épithélium se détache également dans les deux cas.

Il n'est pas démontré anatomiquement que la crase du sang soit altérée dès le début de la maladie, et par conséquent antérieurement aux lésions pulmonaires.

Contre l'hypothèse de ceux qui veulent que le choléra, et tous les phénomènes qui l'accompagnent, prennent leur source exclusivement dans l'intestin, on est en droit de soutenir que l'action cholérique peut se manifester dans tous les organes, que son mode de développement varie suivant la constitution, le traitement, et peut-être suivant l'époque et la localité. On peut, en un mot, s'appuyer sur des faits pour opposer à la localisation unique du choléra la localisation multiple et diverse.

THÉRAPEUTIQUE. — 7. *Lettre à M. le docteur E. Debout, sur le traitement de la sciatique;* par le professeur FORET.

(Bulletin général de Thérapeutique, octobre 1850.)

Mon cher confrère,

Un des plus tristes caractères des époques de réaction ou de régénération, comme nous disons dans notre orgueil, c'est de dépasser toujours le but, de faire table rase de tous les principes, bons et mauvais, et de donner carrière à tous les produits monstrueux de la *folle du logis*, momentanément dépourvue de frein et de règle.

L'esprit humain tend aux excès, poussé qu'il est par de puissants mobiles, parmi lesquels il faut compter l'instinct de révolte contre toute autorité, contre toute supériorité qui offusque notre amour-propre ; puis notre goût inné pour le changement, l'imprévu, le merveilleux ; puis le désir de se singulariser pour attirer à soi le lucre par la renommée, etc. *Credo quia absurdum* est le symbole de la multitude, et les déclamations des philosophes et les foudres des académies ne changeront rien à cet ordre ou plutôt à ce désordre naturel.

Voilà, direz vous, un préambule bien ambitieux à propos de sciatique... C'est qu'il ne s'agit pas seulement d'un fait déterminé ; ce que je viens de dire est le bilan moral de notre science tout entière, à l'heure où je vous écris, et je puis dire : *crimine ab uno disce omnes.*

Les maladies dont l'élément capital, souvent unique en apparence, est la douleur, les névralgies, en un mot, sont encore aujourd'hui, en dépit des investigations du scalpel, du microscope et des réactifs, enveloppées de ténèbres profondes. Ce qu'on sait de plus de positif, c'est que ces affections ont pour *support* le système nerveux, cet abîme de mystères, et, partant, ce sol de prédilection de toutes les excentricités physiologico-pathologiques.

En ce qui touche particulièrement la sciatique, certains caractères anatomiques, signalés par quelques auteurs, permettent quelques doutes à l'endroit de sa nature purement nerveuse, et l'on est en droit de se demander si cette affection n'est pas une *névrite* plutôt qu'une *névralgie* ; plusieurs même tendraient à la confondre avec le *rhumatisme.*

Quoi qu'il en soit de ces obscurités, et peut-être même à cause d'elles, le traitement de cette affection est encore du domaine de l'empirisme, ce qui favorise singulièrement les inventeurs de

remèdes, même les plus étranges ; car, là où personne n'y voit clair, tout peut être supposé, tout est possible.

Il est déplorable, pourtant, de voir une science qui touche aux plus chers intérêts de l'humanité, traînée à la remorque de cet axiome banal ou plutôt de ce misérable paradoxe : tout est possible ! Avec cet argument, le premier venu est en droit de se faire suivre par la cohorte des hommes de science et de progrès, sauf à ceux-ci de rebrousser chemin quand l'erreur est constatée. Les déceptions sans cesse renaissantes ne sont même plus un motif suffisant de récusation ; car, dit-on encore, mille erreurs ne sauraient étouffer une vérité, et le problème poursuivi depuis deux mille ans peut avoir trouvé sa solution... Il n'y a que les ingénus qui puissent se laisser prendre à des sophismes pareils, et le vrai savant sera toujours autorisé, sinon à nier, du moins à exiger des preuves péremptoires, surtout lorsqu'il s'agit de choses absurdes *à priori* ; car, entre l'homme qui dit oui et la nature qui dit non, c'est la nature qu'il faut croire.

Il est des choses qu'un philosophe voit et ne croit pas, car les faits sont essentiellement sujets à discussion. Cela veut dire que notre scepticisme ne s'applique pas précisément au fait brut en lui-même, mais bien à l'interprétation impossible qu'on voudrait en donner : par exemple, une prétendue somnambule lit à travers un épais bandeau, détermine une maladie et prédit un fait qui se réalise, ce qui peut arriver ; au lieu d'en conclure que la patiente jouit d'une vue surnaturelle, de la science médicale infuse ou du don de prophétie, j'en conclus plutôt qu'il y a fourberie, hasard peut-être, et rien que de naturel. Une maladie paraît guérir par l'administration d'un remède qui blesse le sens médical ; il s'agit de constater d'abord si la guérison est réelle et solide, si elle a bien été le produit du remède, enfin si ce remède, malgré sa bizarrerie, n'a pas agi d'une manière toute rationnelle. Or, je vous demande si telle est la manière de procéder la plus ordinaire ! On admet candidement le fait comme avéré, puis au lieu d'une interprétation simple, droite, naturelle, ou du moins au lieu de suspendre son jugement, on accueille les théories les plus étourdissantes de spécificité, de sympathies, de relations organiques, d'action chimique, etc... Veuillez me pardonner cette causerie intime ; j'arrive au fait.

Des nombreux traitements institués à l'égard des névralgies et de la sciatique en particulier, ressort une observation qui vous frappera sans doute, c'est que, à part l'emploi des antiphlogistiques et des sédatifs directs, trop timidement employés peut-être, ces remèdes si divers rentrent presque tous dans la classe

des stimulants. Leur nature et le mode d'administration varient beaucoup, il est vrai, mais tous je le répète, se réduisent à un seul phénomène patent, la stimulation. Toniques, excitants, antispasmodiques, sudorifiques, irritants internes et externes ; ferrugineux, quinquina, alcooliques, éther et chloroforme, résineux, sulfureux, alcalins, ammoniacaux, purgatifs, rubéfiants, vésicants, cautérisant, tous aboutissent à une stimulation directe, locale ou générale, réparatrice, dérivative, perturbatrice, substitutive, tout ce que vous voudrez, mais à une stimulation. Je veux bien que chacun de ces agents ait son mode d'action spéciale, mais il n'en appartient pas moins à la grande catégorie des stimulants. Que si vous voulez en faire des stimulants spécifiques, comment faire accorder cette spécificité avec leur fréquente inefficacité, avec la faculté qu'ils ont de se suppléer mutuellement et de l'emporter indistinctement les uns sur les autres, dans des cas semblables en apparence ?

Voilà, je le sais, des idées fort mal accueillies aujourd'hui, mesquines, rétrogrades, surannées, qui ne manqueront pas de soulever les dédains et les sarcasmes des esprits forts et profonds de notre époque, mais qui pourtant, je l'espère, pourront trouver grâce auprès des hommes éclairés, non prévenus et indulgents comme vous, à la faveur du point de vue nouveau où nous allons nous placer : vous pressentez déjà que ce point de vue est celui de notre doctrine des éléments.

Les causes de la sciatique, ainsi que de la plupart des maladies, sont constitutionnelles ou accidentelles, générales ou locales. Voilà déjà quelques éléments étiologiques qui pourront influer sur le choix des modificateurs. Que si le sujet est pléthorique, ce qui est assez rare, les antiphlogistiques directs, saignée générale et locale, bains, diète, etc., trouveront leur application ; mais comme la pléthore est peu fréquente, et que les sujets sont ordinairement plus nerveux que sanguins, souvent même anémiques, les stimulants sont indiqués, à savoir les ferrugineux et autres toniques ou stimulants fixes, le régime analeptique, etc.

Si le sujet était suspect d'une diathèse rhumatismale, syphilitique ou autre, ces nouveaux éléments indiqueraient de nouveaux remèdes : sudorifiques, colchique, quinquina, mercuriaux, iodure de potassium, tous moyens spéciaux, spécifiques peut-être, mais dont il nous paraît insensé de nier l'action primitivement stimulante.

Dans la majorité des cas, les praticiens se placent au point de vue d'une affection accidentelle, locale, simple. Eh bien ! à cet état la sciatique est surtout caractérisée par le symptôme ou l'élé-

ment douleur, et c'est à supprimer cet élément que s'applique le praticien. L'expérience ayant démontré que les remèdes vraiment rationnels, les antiphlogistiques et les sédatifs directs, échouent fréquemment, ou du moins se montrent insuffisants, alors on a pris le parti d'arriver promptement ou même d'emblée à l'emploi des remèdes réputés empiriques : or, ainsi que vous allez le voir, la presque totalité des moyens usités aujourd'hui sont des moyens locaux et des moyens stimulants. En procédant du faible au fort, nous rencontrons d'abord les *stimulants légers :* baume nerval, oppodeldoch, liniment camphré, térébenthiné, etc.; puis les véritables *rubéfiants :* liniment ammoniacal, teinture de cantharides, sinapismes, etc. ; puis les *éruptifs* : huile de croton tiglium, pommade stibiée ; enfin les *vésicants*, lesquels l'emportent de beaucoup sur les moyens précédents. Cotugno appliquait le vésicatoire sur la tête du péroné, là où le nerf sciatique est le plus superficiel ; d'autres l'appliquent ailleurs, et surtout *loco maxime dolenti*. Dans les derniers temps, on a employé avec beaucoup de succès de grands vésicatoires occupant presque toute l'étendue du nerf sciatique.

Avant d'aller plus loin, rappelons les moyens généraux employés, soit comme base, soit comme adjuvant : les sulfures, les alcalins, la térébenthine, l'éther et le chloroforme, etc., etc. Que ces divers moyens aient des vertus spécifiques, c'est ce que prétendent la plupart des inventeurs ; mais ce qui ressort le plus positivement de tout cela, c'est que tous ces agents sont bien et dûment des stimulants directs, et que les plus énergiques sont aussi les plus efficaces : *quod erat demonstrandum*, comme disent les scolastiques.

J'ai réservé, pour en traiter à part, les caustiques, ou mieux la *cautérisation actuelle* dont on fait grand bruit depuis quelque temps ; c'est, on en conviendra, un stimulant par excellence. Je ne prétends pas en nier l'efficacité, bien au contraire ; je cherche seulement à interpréter son mode d'action. M. Valleix, votre savant et laborieux collaborateur, après avoir, avec juste raison, préconisé les sels de morphine par la méthode endermique, dans les névralgies, pense avoir trouvé un moyen plus efficace dans la cautérisation transcurrente appliquée à la sciatique. De longues raies de feu pratiquées le long du membre douloureux sont un procédé dont personne ne niera l'énergie et conséquemment la puissance curative ; mais le praticien civil y trouve dès l'abord un assez grave inconvénient, c'est la difficulté de le faire accepter à ses malades, c'est la répugnance qu'il éprouve à l'appliquer lui même. L'homme du monde craint le feu, l'ex-

pression est proverbiale, et en dépit de tous les raisonnements, les médecins sont hommes du monde sur ce point. On parle du chloroforme ! Mais ce n'est pas une si petite affaire que la chloroformisation, surtout avec les bruits de mort qui circulent dans le public. A part cela, le moyen en lui-même est excellent : je crois en lui et en son auteur.

M. Robert a proposé un moyen qui, selon nous, n'est que la mitigation du précédent, mais qui déjà incline sensiblement vers le mysticisme. C'est la cautérisation des espaces interosseux de la région métatarsienne. A la rigueur, on comprend son efficacité; car enfin le remède est appliqué ici sur les confins du mal et touche aux épanouissements du nerf malade. Mais par cela seul que ce moyen est moins énergique et moins direct que le précédent, j'y aurais moins de confiance; et puis la crainte du feu et les embarras de la chloroformisation lui sont également applicables.

Mais voici bien autre chose : nul médecin n'ignore aujourd'hui que, récemment, on a renouvelé des Grecs, d'autres disent emprunté à l'art vétérinaire, un procédé de cautérisation qui se trouverait indiqué dans la *pyrotechnie* de Percy. Ce procédé, dont la physionomie burlesque et charlatanesque n'a pas arrêté, a peut-être même encouragé ses nouveaux promoteurs, c'est la cautérisation... de l'oreille! Que dis je ? d'un point de l'oreille, de la racine de l'anthélix, ni plus ni moins; d'autres disent pourtant de l'hélix, du lobule, peu importe. Eh bien ! il s'est trouvé des hommes de science assez courageux pour discuter et démontrer la rationnalité *anatomique* de cette opération ; et en effet, peut-on nier que les nerfs de l'oreille n'aient des relations anatomiques avec le nerf sciatique, par continuité de système, c'est-à-dire par l'intermédiaire de la moelle épinière, à peu près comme le cuir chevelu a des relations avec la plante du pied, par continuité du tissu ? Vous voyez que tout est possible.

Quoi qu'il en soit, la cautérisation circonscrite de l'oreille guérit, au moins provisoirement, la sciatique ; c'est un fait, et je l'aurais parié d'avance : je parle sérieusement, comme vous l'allez voir. Il est vrai que ce moyen ne guérit pas toujours : quel remède a ce privilége ? Les uns disent qu'il guérit dans la plupart, d'autres dans la moitié ou le tiers des cas ; qu'il se borne parfois à soulager, mais qu'il échoue assez souvent. On ne dit pas dans combien de cas le mal, guéri d'abord, a récidivé. Nonobstant, le fait de guérison fréquente ou rare, temporaire ou permanente, est acquis à l'observation.

Mais voici venir un observateur d'un sens droit, qui dans cette

occasion s'est concilié toutes mes sympathies et qui mérite les vôtres, le docteur Duchenne, de Boulogne, qui, dans un des derniers numéros de l'Union médicale, a eu le courage de soulever et de résoudre les questions suivantes : 1° « Quel est le mode « d'action de la cautérisation auriculaire ? — Cette action repose « purement et simplement sur la *vive douleur* que le cautère oc- « casionne. » Et la preuve, c'est que la douleur provoquée par le galvanisme produit absolument le même effet ; à quoi l'on peut ajouter qu'il en est ainsi de la douleur produite par la cautérisation de M. Valleix, par celle de M. Robert, voire même par le vésicatoire. 2° « Quelle est la valeur réelle de la cautérisation « auriculaire ? — Cette valeur est égale à celle de la douleur ap- « pliquée *à toute autre région* de la surface cutanée. » Témoin encore la galvanisation de divers points de la peau, la cautérisation crurale de M. Valleix, pédieuse de M. Robert, et le vésicatoire *hic et illuc*. Seulement la douleur curative aura d'autant plus de chances de succès, nous le croyons, qu'elle sera appliquée à plus forte dose et plus près du nerf affecté.

Voilà ce que j'appelle du bon sens médical. Ces expérimentations, ces raisonnements simples, péremptoires, suffiront, il faut l'espérer, pour dissiper cette ridicule fantasmagorie de la cautérisation auriculaire, ou du moins pour réduire le fait pratique à sa juste valeur, c'est-à-dire à l'influence perturbatrice de la douleur opposée à la douleur. Ainsi, nous voilà revenus à l'hippocratisme le plus pur : « *De duobus doloribus simul obortis non in « eodem loco, vehementior obscurat alterum.* » Il est probable que l'inventeur et les promoteurs de ce procédé ne se croyaient pas aussi orthodoxes.

Peut-être, cher confrère, aurais-je fouillé cette question avec moins de complaisance, si les inductions ne venaient admirablement en aide à notre doctrine des éléments. En effet, le traitement de la sciatique, comme celui de toute autre maladie, relève de la juste appréciation des éléments qui peuvent comporter une indication thérapeutique. Dans les cas les plus simples, le seul élément appréciable est la douleur ; la douleur est attaquable dans sa cause ou en elle même, directement, par les sédatifs, conformément à l'aphorisme *contraria contrariis curantur*, ou indirectement, par les substitutifs, en raison de l'aphorisme *similia similibus curantur* C'est-à dire que vous pouvez arriver au but par des moyens directement opposés ; tant est fallacieux l'axiome vulgaire : *naturan morborum ostendunt curationes !*

En ramenant la plupart des médications usitées contre la sciatique au principe de la stimulation, comme l'a fait M. Duchenne

pour la cautérisation et le galvanisme, j'ai eu pour but de rationnaliser la pratique; mais veuillez bien me comprendre, cher confrère : je ne nie pas qu'au delà de l'effet stimulant primitif, au fond de cet acte mystérieux d'où résulte la guérison, il ne puisse y avoir des modifications variables selon la nature des agents mis en usage ; car il nous reste toujours à résoudre la question de savoir pourquoi tel remède stimulant réussit mieux que tel autre, et *vice versâ*, dans des cas semblables en apparence; mais je dis que ces modifications moléculaires, occultes, sont purement hypothétiques ; je dis que la stimulation est le dernier phénomène appréciable; je dis enfin avec tous les esprits tant soit peu sévères : *melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.*

Afin que vous ne m'accusiez pas de rester retranché dans le domaine de la théorie et des vérités contemplatives, je terminerai cette épître par deux *observations* confirmatives de ces prémisses : la première constate l'efficacité d'un agent physique, et la seconde les effets curatifs d'un agent moral, agissant l'un et l'autre contre la douleur par la douleur même.

Sciatique ancienne enlevée promptement par les grands vésicatoires.

Obs. I. — Un homme de quarante ans, de bonne constitution, portier, souffre depuis deux mois de vives douleurs dans toute l'étendue du membre pelvien droit. Il entre à la clinique le 10 juin 1850.

Le malade ressent des élancements qui suivent exactement le trajet du nerf sciatique et de ses divisions. Ce nerf est douloureux à la pression, sans rougeur ni gonflement extérieurs. Il y a impossibilité, par le fait de la douleur, d'étendre la jambe et de s'appuyer sur elle ; rien de particulier dans les autres organes.

Le 11, nous prescrivons un vésicatoire de la longueur de la cuisse, c'est-à-dire de 45 centimètres sur 12 centimètres de largeur. Infusion de tilleul, le quart d'aliments.

Le 12, la douleur de la cuisse a disparu, mais elle persiste dans la jambe. Faire sécher le vésicatoire, opium, 0,05.

Le 13, la douleur de la jambe persistant, vésicatoire étendu de la tête du péroné à la malléole externe, c'est à dire de 35 centimètres sur 10 de largeur.

Le 14, la douleur de la jambe a disparu. Faire sécher les vésicatoires, tilleul, opium.

Le 17, un peu de douleur persistant à la cheville, et vers le cou-de-pied. Vésicatoires de 8 centimètres carré, *loco dolenti.*

La douleur est enlevée comme précédemment ; mais il reste au-dessus du péroné un point douloureux, correspondant à un espace sur lequel n'avaient pas porté les vésicatoires.

Le 20, nous y appliquons un vésicatoire de 12 centimètres sur 10 de largeur.

Le 22, plus de douleur nulle part ; il ne reste qu'un peu de raideur dans le membre. Tilleul, opium, aliments.

Le 25, le malade marche librement, et la douleur ne s'est plus reproduite. Il sort le 13 juillet.

Ainsi voilà une sciatique de deux mois enlevée en dix jours par quatre vésicatoires successifs. La douleur a disparu immédiatement dans l'espace occupé par chaque vésicatoire. N'est-il pas probable que si, d'emblée, on eût appliqué le vésicatoire sur toute l'étendue de la douleur, celle ci eût été enlevée d'un seul coup, en totalité?

Je ne prétends pas que l'on soit toujours aussi favorisé par l'événement; mais la cautérisation non plus n'a pas la prétention de réussir toujours. Au demeurant, entre le vésicatoire et le cautère incandescent, le malade ne balancera jamais, sauf à garder son mal un peu plus longtemps.

Sciatique récente enlevée subitement par une émotion morale.

Obs. II.—Un homme de cinquante ans, de moyenne constitution, sujet à des douleurs névralgiques de siége variable, revenant à des périodes assez éloignées, et dont la durée ne dépasse guère un septenaire, fut pris, dans les derniers jours de juillet dernier, d'une douleur très-vive dans le trajet du nerf sciatique gauche, douleur supportable pendant le repos, mais violente dans l'action de se lever et de s'asseoir, au point d'arracher des cris au malade, se continuant pendant la marche et causant une claudication très prononcée. Le trajet du nerf est très-sensible à la pression, à partir de l'échancrure sciatique jusqu'au voisinage du péroné.

Le troisième jour de la maladie, à l'époque où la douleur était la plus prononcée, le malade jouait au whist avec quelques amis qui s'apitoyaient aux contorsions de douleur que lui causait le moindre mouvement, lorsqu'il s'éleva une discussion très-vive à laquelle le malade prit part avec beaucoup de chaleur. Au fort de l'altercation et pour y couper court, le malade se lève brusquement et se promène à pas précipités dans le salon, au grand ébahissement des assistants et de lui-même qui se trouve ainsi débarrassé subitement de son mal ; la douleur morale avait étouffé

l'autre. Celle-ci reparut un peu, l'émotion passée, mais bien moindre que précédemment ; elle était complétement disparue le lendemain.

S'il m'était permis de plaisanter sur un sujet aussi grave, je proposerais de faire des discussions au whist un spécifique de la sciatique, vraiment digne de figurer à côté de la cautérisation auriculaire.

---

8. *Diabétès sucré ; guérison par l'huile de foie de raie* ; par M. le docteur Rousset, professeur suppléant à l'École de médecine.

(Journal de médecine de Bordeaux, octobre 1850.)

M. B... est âgé de soixante ans, sa constitution est forte, il est d'un tempérament sanguin. Habitué depuis longtemps à beaucoup d'activité, n'étant jamais malade, il fut très étonné, pendant l'été 1848, de ne pouvoir plus entreprendre de longues courses sans être très-promptement fatigué. Il ressentit de la sécheresse de la bouche et le besoin assez fréquent de boire. Le médecin qu'il consulta, lui prescrivit du sirop de cerises étendu d'eau.

L'indisposition de M. B... continua, et au commencement de l'été 1849 il vit de nouveau son médecin qui lui dit encore de boire du sirop de cerises. Un peu plus tard il lui permit de varier ses tisanes. Le mal continua, et le malade moins fatigué de cet état, auquel il s'était pour ainsi dire habitué, s'en inquiétait fort peu, lorsqu'une douleur pleurodynique se développa et devint assez intense pour le ramener chez son médecin : elle disparut sous l'influence des moyens qu'il prescrivit, mais revint, changea de place : cette persistance détermina M. B... à me consulter le 1er mars 1850.

Je ne reconnus dans la douleur accusée par le malade aucun caractère grave. Voulant m'éclairer sur la nature de cette affection, je le questionnai et obtins les renseignements que je viens d'exposer.

La sécheresse de la peau autrefois humide de sueur sous la moindre influence, la soif augmentée, les urines plus abondantes en proportion que les boissons ingérées, la bouche pâteuse, les lèvres se collant l'une à l'autre par une sorte de plasticité, la langue rouge à la pointe et sur les bords, présentant une bande noirâtre au milieu ; la diminution des forces, l'impossibilité de résister à la moindre fatigue, me donnèrent des soupçons. Mais M. B... était chargé d'embonpoint, il avait de l'appétit, son teint était rosé, rien ne lui faisait mal, la pleurodynie seule

l'occupait. Ses urines quoiqu'abondantes étaient citrines. Cependant je me hasardai à prononcer le mot diabète. Le malade, qui avait lu une observation de cette maladie, ne crut pas à mon diagnostic ; j'y croyais à peine moi-même, malgré cela je demandai l'analyse des urines. Elle fut faite avec le plus grand soin par M. Loze, qui reconnut la présence du sucre. Le saccharimètre donna le chiffre de trois et demi pour cent (1er mars 1850.) A la nouvelle de la certitude de mon diagnostic, M. B... qui connaissait la gravité de cette affection, résolut de tout mettre en usage pour guérir. Animé d'une ferme résolution, il me promit une grande exactitude à suivre mes conseils.

Je lui prescrivis : 1° De l'eau de veau ou de poulet, à boire pendant les repas et dans leur intervalle ;

2° Une alimentation essentiellement animalisée, lui accordant le moins de pain possible ;

3° Quatre cuillerées d'huile de foie de raie par jour.

Le 18 mars M. B... vint à Bordeaux; M Loze analysa de nouveau ses urines, et ne trouva plus que trois pour cent de sucre. La soif et les urines étaient moindres. Il fallait bien cette notable amélioration pour diminuer l'inquiétude causée par l'amaigrissement, que je crus devoir attribuer au changement de régime de M. B... qui, d'habitude, se nourissait d'aliments tirés du règne végétal.

Le 31 mars je reçus une lettre qui m'annonçait beaucoup d'amélioration : la soif était presque normale, la sécrétion urinaire dépassait encore la quantité des liquides ingérés, la langue était pâteuse, l'épithélium des lèvres accolées par un enduit visqueux s'enlevait facilement, et la muqueuse dénudée fournissait un suintement sanguin. L'amaigrissement s'était arrêté, malgré l'exactitude de M. B. à suivre son régime (il ne mangeait que deux onces de croûte de pain par jour et n'atteignait pas toujours cette quantité.) Il prenait par jour huit cuillerées d'huile de foie de raie.

Le 18 avril troisième analyse, M. Loze ne trouva plus qu'un demi pour cent de sucre. Le malade était mieux, la soif presque normale, la bouche un peu humide et moins animée ; il prenait de la force et pouvait se permettre des promenades assez longues sans éprouver ces lassitudes qui depuis longtemps l'obligeaient au repos.

Continuation du régime prescrit.

Le 31 mai. Le malade m'écrit et je transcris une partie de sa lettre :

« Depuis le 18 avril, époque du dernier examen, voici ce que

« j'ai remarqué : 1° Grande diminution dans les urines qui me « paraissent être rentrées dans leur état normal, quant à la « quantité.

« 2e Bien qu'il y ait encore un peu d'empâtement dans la « bouche, je la trouve beaucoup plus libre, surtout depuis quel- « ques jours. L'amaigrissement a cessé, les forces sont reve- « nues; il y a huit jours j'ai fait 16 kil. sans aucune fatigue. « L'appétit a fait place au dégoût, je me suis fait à mon ré- « gime. Mon sommeil est calme et dure six heures d'un seul « trait. »

Ce passage de la lettre de M. B... prouve qu'il va bien ; mais ce qui confirme cette amélioration que nous pouvons déjà nommer une guérison, c'est que les urines analysées le 1er juin n'ont présenté aucune trace de sucre, toutes les recherches pour en découvrir ont été heureusement inutiles.

Continuation du même régime. (Le malade est à son huitième litre d'huile de foie de raie.)

Le 9 juin M. B... m'écrit qu'il va tout à fait bien. Ses forces reviennent à grands pas. Le tube digestif fonctionne très-bien.

La sécrétion urinaire lui paraît être tout à fait normale. Je lui permets d'abandonner l'huile de foie de raie et de revenir à l'eau de fontaine pendant les repas. Il continuera son régime animalisé.

Le 18 juillet M. B... vient me voir : il est très-heureux de sa bonne santé, qui depuis le 9 juin ne s'est pas démentie un seul instant. Toutes les fonctions de l'économie s'accomplissent bien. Il n'avait pas joui d'une santé aussi parfaite depuis très-longtemps. Une cinquième analyse prouve la solidité de la guérison, car tous les moyens chimiques mis en usage ne font découvrir aucune trace de sucre.

Le 25 août. La meilleure preuve que je puisse donner du bon état de santé de M. B... c'est qu'il n'a plus eu besoin de mes conseils.

Cette guérison sera-t-elle durable ? Aurai-je obtenu un de ces résultats si rares dans la science ? Le temps seul peut nous l'apprendre, et je m'engage à signaler la récidive si elle a lieu.

Au point où en est la science, le diabète nous est complètement inconnu quant à sa nature. Il me serait donc impossible d'assigner le véritable siège de cette grave affection.

Les récentes recherches de M. Bernard sur les fonctions du foie amèneront peut-être, comme il en a la pensée, la solution de ce problême. Ce que nous ne pouvons ignorer, ce sont les symptômes par lesquels cette maladie se présente. Jusqu'à présent ce

sont les symptômes que nous combattons, et du moment où ils sont détruits, tout nous porte à croire que la guérison n'est pas complète. Tôt ou tard la même cause passée à l'état latent se révèlera par la production des mêmes effets. Ce sont là les motifs qui me font craindre une récidive.

Dans mon traitement j'ai suivi l'idée généralement admise, qu'il faut enlever tous les éléments du sucre à une nature trop disposée à les élaborer. Pour arriver à ce but, Dupuytren et Thénard ont prescrit le régime animalisé et les corps gras. C'est la marche que j'ai adoptée. M. Bouchardat a préconisé le gluten; M. Mialhe emploie les alcalins, et par un raisonnement chimique qui me paraît juste, est arrivé, dit-il, à de bons résultats. Quant à la méthode sudorifique, elle ne me paraît appelée qu'au rôle d'auxiliaire.

---

9. *De la bronchotomie, dans le cas d'angine laryngée œdémateuse ;* par le docteur Félix Sestier, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, ex-chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, etc.

(Suite : *voir* t. IX, septembre p. 65, t. X, octobre 1850, p. 28.)

(Archives générales de médecine, novembre 1850.)

Deuxième groupe d'accidents. — Nous allons passer ici rapidement en revue divers accidents survenus pendant ou après la bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse, accidents qui ont été aussi observés pendant ou après cette même opération pratiquée dans d'autres circonstances ; et nous terminerons cette première partie par l'examen succinct des *causes de la mort,* survenue chez 23 de nos opérés.

Mort subite pendant l'opération.

Obs. — Un ouvrier âgé de 24 ans, d'une bonne constitution, atteint d'une pharyngo-laryngite syphilitique, fut soumis à l'usage des pilules et des fumigations mercurielles. Quarante huit heures après la première fumigation, apparurent les symptômes de l'angine laryngée œdémateuse. Au troisième jour, la suffocation étant excessive, M. le professeur Roux (n° 36) procéda à l'ouverture du canal aérien.

A peine la membrane crico-thyroïdienne est-elle incisée, que le malade fait quelques efforts d'expiration qui donnent lieu à l'expulsion de quelques bulles de sang écumeux. Mais ces efforts sont les derniers. Tout à coup la respiration est suspendue, le

cœur cesse de battre, la face pâlit, le malade a cessé de vivre. M. Roux, pensant qu'un obstacle au passage de l'air existe à la partie inférieure du larynx, pratique immédiatement la trachéotomie, et insuffle de l'air dans le poumon à l'aide d'une sonde introduite dans l'ouverture de la trachée ; le malade remue légèrement les lèvres, mais la respiration ne se rétablit pas.

A l'ouverture du cadavre on trouve au larynx des ulcérations, des végétations et de l'œdème. Les poumons, volumineux et gorgés de sang, présentent tous les caractères des poumons d'un asphyxié.

Aux détails précédents, nous en ajouterons quelques autres que nous trouvons consignés dans une relation du même fait, et qui fut présenté au cinquième examen par le docteur Botton (*Journal des connaissances médicales pratiques*, tome III, page 138). Lorsqu'on apporta le malade à l'amphithéâtre pour être opéré, il *était défaillant et semblait à l'agonie*, il mourut aussitôt après l'incision de la membrane thyro-cricoïdienne, et ne put faire aucune inspiration pendant l'opération. Craignant qu'il n'y eût du sang introduit dans les bronches, l'opérateur aspira à l'aide d'une sonde de gomme élastique, mais *il ne sortit rien*. . . Les bronches furent trouvées légèrement rouges. (Il n'est point fait mention de sang accumulé dans ces conduits.) Quelle a été la cause d'une mort aussi rapide? Il est difficile de le dire ; car cette observation, malgré son supplément, est fort incomplète. Nous ne pouvons guère ici attribuer la mort à la pénétration du sang dans les canaux respiratoires, ni encore à l'introduction de l'air dans les veines. Le malade, est-il dit, était *défaillant et semblait à l'agonie*, lorsqu'il fut apporté à l'amphithéâtre pour être opéré : il nous paraît donc très probable qu'il a succombé pendant l'opération, parce que celle ci fut pratiquée trop tard, la suffocation étant déjà arrivée à ce point où une mort brusque en est souvent la conséquence, et cela même chez des malades qui ne sont pas soumis à l'opération.

Mort subite pendant l'opération.

Obs. — Un homme âgé de 52 ans, portier, grand, maigre, était affecté de laryngite chronique, lorsque survinrent tous les signes de l'angine œdémateuse... (n° 32). L'asphyxie étant imminente, M. Trousseau recourt à la trachéotomie. « Le malade vient courageusement s'asseoir sur un fauteuil... A peine le bistouri a-t-il divisé la peau, et avant qu'une seule goutte de sang soit répandue, le malade éprouve une syncope et quelques mouvements convulsifs. Il revient à lui, au bout de deux mi-

nutes : on continue l'opération ; nouvelle syncope, nouvelles convulsions ; les mouvements respiratoires cessent entièrement. Le malade est de suite porté sur un lit, où on se hâte d'ouvrir la trachée. La syncope persiste, le sang des veines thyroïdiennes coule en bavant dans les veines aériennes, qui s'en remplissent sans qu'aucun effort expirateur, autre que les spasmes dissonnants de l'agonie, se manifeste pour les en débarrasser. On place le corps sur le côté pour favoriser la régurgitation ; on aspire le sang à l'aide d'une sonde... Le malade était mort. » Des ulcérations et de l'œdème furent trouvés au larynx. Quelques tubercules non ramollis étaient disséminés dans les deux poumons.

Le malade qui nous occupe, maigre et tuberculeux, languissait depuis quelques jours dans un état de faim et d'inanition, à cause de l'extrême difficulté de la déglutition ; il éprouvait en outre toutes les angoisses de la suffocation, lorsque pour être opéré il fut placé *assis* et non couché ; une vive douleur fut causée par l'incision de la peau, et ce fut en ce moment qu'il tomba en syncope. Celle ci nous paraît en grande partie expliquée par la réunion des circonstances que nous venons de signaler. Cependant la trachée fut ouverte pendant la durée de la syncope ; alors du sang pénétra en bavant dans les voies respiratoires, et ne put en être expulsé ni retiré à l'aide de la sonde. La mort dut nécessairement arriver alors, à peu près comme nous l'avons vue survenir chez un malade de l'Hôtel-Dieu, qui, au milieu d'une violente hémoptysie, tomba en syncope, et dont la trachée et toutes les bronches furent trouvées remplies d'un caillot qui en représentait exactement le calibre et les ramifications. En résumé, la mort nous paraît devoir être attribuée, chez cet opéré, à ce que du sang a pénétré et s'est accumulé dans les voies respiratoires pendant la durée d'une syncope.

M. Trousseau s'est adressé loyalement le double reproche d'avoir opéré le malade *assis*, ce qui a favorisé la syncope, et d'avoir ouvert la trachée pendant la durée de celle-ci ; nous dirons bientôt ce que nous pensons sur ce dernier point.

Syncope pendant l'opération et avant l'ouverture de la trachée-artère.

Obs. — Une femme âgée de 42 ans, atteinte d'une angine gutturo-pharyngée avec infiltration des replis supérieurs du larynx, et menacée d'une mort prochaine, est soumise à l'opération de la bronchotomie. M. Roux (n° 5) pratique l'incision des parties molles. Comme il s'écoule des parties divisées beaucoup de sang noir, évidemment veineux, l'opérateur consacre

quelques instants à la ligature des vaisseaux dans la crainte qu'une fois les voies aériennes ouvertes, le sang ne coule à l'intérieur et ne provoque de nouveaux accidents. C'est dans cette intention qu'on lie, vers l'angle inférieur de la plaie, une veine, la seule qu'on puisse saisir. Pendant ces recherches qui allongent l'opération, la malade, que la position horizontale où on l'a mise gêne beaucoup, cesse tout d'un coup de respirer, perd connaissance, le pouls s'arrête et les membres tombent dans une résolution complète.

M. Roux, jugeant alors convenable d'ouvrir sur le champ un passage à l'air, plonge la pointe du bistouri dans l'intervalle qui sépare le cartilage cricoïde du premier anneau de la trachée et divise ensuite ce conduit dans l'étendue d'un pouce, à l'aide d'un bistouri conduit sur la rainure d'une sonde cannelée; aussitôt après, il introduit une sonde de gomme élastique jusqu'à la bifurcation des bronches, et pratique des aspirations et des insufflations alternatives, rejetant après chaque aspiration le sang et les mucosités sanguinolentes qui obstruent les voies aériennes; au bout de quelques instants, le thorax, jusque-là immobile, se soulève, et un commencement d'inspiration a lieu, peu à peu les forces musculaires se réveillent, le pouls reparaît, et la respiration se rétablit, mais cette respiration est pénible, agitée; avec l'air il sort et entre des mucosités spumeuses qu'il faut à tout moment éponger, et qui causent un bruit entendu jusqu'au bout de la salle.... La malade ne succombe qu'au neuvième jour de l'opération.

Ainsi une syncope survient pendant la bronchotomie, *avant* l'ouverture du canal respiratoire, et M. Roux se hâte d'inciser largement ce canal, adoptant une pratique que M. Trousseau se reproche d'avoir suivie.

Nous pouvons donc nous demander ce qu'on doit faire en pareil cas.

Si on ne se décide à ouvrir la trachée que lorsque la syncope aura cessé, il nous paraît fort probable que la mort aura lieu; car, en admettant que le malade commence à revenir à lui, les premiers mouvements inspiratoires, au sortir d'une syncope, sont tellement faibles et incomplets, qu'ils ne pourront surmonter l'obstacle que l'œdème laryngé oppose à l'entrée de l'air.

Si, d'une autre part on ouvre la trachée avant que la syncope ait cessé, du sang baveux pénètrera et s'accumulera dans les canaux respiratoires sans pouvoir en être expulsé.

Considérant tout retard apporté à l'incision de la trachée comme ayant ici les conséquences les plus funestes, ne nous

dissimulant point non plus combien est dangereuse l'introduction du sang dans les voies aériennes pendant la durée d'une syncope, pour obvier à la fois au double danger qui se présente, ne conviendrait-il pas d'ouvrir immédiatement et sans aucun retard le canal respiratoire, puis aussitôt cette ouverture pratiquée, de renverser le malade sur le ventre en travers du lit, la tête et le cou en dépassant le bord. Cette situation donnée à l'opéré aurait par elle-même le double avantage de combattre la syncope et de prévenir sûrement l'entrée du sang dans la trachée; elle ne s'opposerait d'ailleurs, en aucune façon, à l'emploi de la sonde; cet instrument introduit dans la trachée permettrait d'en titiller la surface interne, d'aspirer le sang qui y aurait déjà pénétré, et de pratiquer l'insufflation pulmonaire; rien ne s'opposerait non plus aux pressions thoraciques qui seraient alors exercées plutôt dans le sens transversal que d'arrière en avant, ni à l'emploi des excitants propres à combattre la syncope.

C'est ainsi qu'assistant, il y a quelque temps, à l'hôpital Saint-Louis, à une opération de bronchotomie sur un enfant dans les voies aériennes duquel avait pénétré un noyau de pruneau, ce corps étranger ne sortant pas par l'ouverture trachéale, nous renversâmes l'enfant sur le ventre, en travers le lit, dont le bord était dépassé par la tête, le cou et la poitrine maintenus en situation déclive; ce qui n'empêcha pas l'opérateur, M. Nélaton, de sonder la trachée et les grosses bronches, et d'introduire à plusieurs reprises, un stylet dans la glotte, pour exciter la toux.

Dans le cas précédemment posé, lorsque la syncope aura cessé, lorsque les mouvements respiratoires auront repris quelque énergie, on se hâtera de donner à l'opéré une situation moins gênante.

En voyant les difficultés et les dangers qui surgissent, lorsqu'un malade atteint d'angine œdémateuse tombe en syncope pendant l'opération de la bronchotomie, et *avant* l'ouverture du canal respiratoire, on conçoit combien il est important de s'attacher à prévenir cet état. Aussi, chez tout individu atteint d'angine œdémateuse, on devra éviter, et cela dans la prévision d'une opération qui probablement deviendra nécessaire, l'emploi des moyens trop débilitants. Si le malade est déjà très-affaibli, au moment où l'on se dispose à l'opérer, il sera fort utile de lui administrer auparavant quelques toniques excitants; on évitera de l'opérer assis, surtout s'il est pusillanime, etc., etc.

Pénétration du sang dans les voies respiratoires ; ouverture trop étroite du canal. — Il est de la plus haute importance, dans la bronchotomie, d'*ouvrir largement* le canal respiratoire ; autrement la suffocation persiste en grande partie, et le sang qui pénètre dans les bronches ne peut en être expulsé. Dans le cas suivant, une ouverture d'abord trop petite ayant été pratiquée à la trachée-artère, le malade aurait infailliblement succombé sans le sang-froid de l'opérateur.

Obs. — Il s'agit d'un homme de 31 ans, atteint d'angine œdémateuse à la suite d'une laryngite chronique tuberculeuse. M. Bouchacourt (n° 25) est appelé pour pratiquer la bronchotomie. Il fait une incision au niveau de la ligne moyenne sur un pli de la peau tenu comme dans l'opération de la hernie étranglée ; cette incision met à nu des veines volumineuses longeant la face antérieure de la trachée, elles sont tenues écartées avec des pinces ; une branche veineuse anastomique transversale ne peut être évitée dans l'incision des couches plus profondes ; l'incision de la trachée artère est rendue extrêmement difficile par le mouvement continu d'élévation et d'abaissement du larynx ; un coup de bistouri en fait sauter deux anneaux ; l'angoisse du malade augmente ; il est pris de mouvements convulsifs ; c'est que cette ouverture, assez grande pour laisser pénétrer le sang dans la trachée, ne l'est pas assez pour rétablir le passage de l'air ; elle est agrandie par deux coups de ciseaux droits, un en haut et l'autre en bas : une violente expiration rejette par la plaie, tenue écartée avec des pinces, beaucoup de sang, dont une partie passe par la bouche ; à la suite d'une profonde inspiration, le malade recouvre ses sens, beaucoup de sang est encore rejeté à différentes reprises par la plaie et par la bouche : on lie la veine qui a été lésée pendant l'opération ; on place dans l'ouverture faite à la trachée une double canule, etc.

Syncope après l'ouverture du canal respiratoire. — Il est fréquent, dans la bronchotomie, de voir la syncope survenir *immédiatement* ou *peu de temps après* l'ouverture du canal, et lorsque l'air s'est engouffré avec violence dans les voies aériennes. Cet accident, très-effrayant au premier abord, a cependant très-rarement des suites funestes.

Parmi nos malades, il en est un qui l'a présenté au plus haut degré. C'était un homme âgé de 46 ans, opéré par M. Tavignot (n° 29). Presque immédiatement après l'incision du canal, survint une syncope *qui dura plusieurs minutes*. Un instant on dut craindre que le sang qui avait pénétré en quantité notable dans les bronches ne produisit à son tour l'asphyxie ; aussi on se hâta d'introduire

une sonde dans la trachée, et d'aspirer le plus possible avec la bouche le liquide contenu dans son intérieur, tandis que l'on pratiquait la respiration artificielle du thorax. Le malade revint à lui, et la respiration se rétablit.

Hémorrhagie. — Une hémorrhagie artérielle ou veineuse n'a jamais, *par son abondance*, compromis le salut des opérés dans nos 36 cas de bronchotomie. Toutes les fois que l'écoulement du sang est devenu dangereux, le danger a été le résultat de l'introduction de ce liquide dans les voies aériennes.

Dans un seul cas (n° 8), la persistance de l'hémorrhagie a déterminé l'opérateur à tenir une conduite qui certes ne recevra pas l'approbation des praticiens.

Il s'agit d'un homme de 27 ans, atteint d'angine laryngée œdémateuse pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. La bronchotomie ayant été jugée nécessaire, on incisa les parties molles qui recouvrent le cartilage cricoïde ; on lia plusieurs petits vaisseaux sans pouvoir arrêter l'hémorrhagie; un trocart fut plongé entre les cartilages cricoïde et thyroïde, la canule fut laissée en place; mais l'hémorrhagie, qui d'ailleurs ne tenait nullement au volume des artères divisées, n'ayant pas cessé, malgré les applications de la glace, on retira la canule et on ferma la plaie par la suture. Le malade mourut le lendemain !

Tout en admettant que le défaut de plasticité du sang, si remarquable dans le cours de la fièvre typhoïde et même pendant la convalescence de cette maladie *générale*, ait joué ici un grand rôle, dans la persistance de l'hémorrhagie, n'est il pas aussi très-probable que cette persistance doit être attribuée, en très-grande partie, à ce que l'ouverture pratiquée au canal respiratoire était trop petite et entretenue par une canule trop étroite ? L'indication était donc de l'agrandir et d'y placer une large canule. Si, malgré cette précaution, l'hémorrhagie avait persisté et si vraiment les vaisseaux qui la fournissaient étaient trop petits pour être liés, pourquoi ne pas recourir alors à la cautérisation des bords de la plaie ? Dans tous les cas, fermer cette ouverture à l'aide de la suture, quelques heures seulement après l'opération, et lorsque le passage naturel de l'air ne pouvait encore suffire aux besoins de la respiration, c'était vouer le malade à une mort certaine !

Persistance ou renouvellement, après l'opération, des angoisses suffocatives.—Chez trois de nos opérés, les angoisses de la suffocation ont persisté après la bronchotomie ou se sont renouvelées après cette opération, sans qu'il nous ait été possible d'attribuer d'une manière *positive* cet accident à l'accumulation de mucosités

ou du sang dans les bronches, à un engorgement pulmonaire ou à toute autre lésion *matérielle* de l'appareil respiratoire. N'y a-t-il pas eu ici contraction spasmodique des ramuscules bronchiques, contraction qui joue, croyons-nous, un certain rôle dans la suffocation qui précède l'opération, et qui peut par conséquent persister ou se renouveler après elle?

Nous attirons très sérieusement l'attention des praticiens sur le phénomène que nous venons de signaler et qui s'est présenté après l'opération dans d'autres cas que ceux d'angine œdémateuse, dans le croup par exemple.

Engorgement des bronches par des mucosités. — L'engouement muqueux des bronches a été la principale cause de la mort de 5 de nos opérés ; et sur ce nombre, il en est 3 chez lesquels cet engorgement a reconnu pour cause essentielle l'étroitesse trop grande de la canule adaptée à l'ouverture artificielle (*canule d'un trocart, tuyau de plume d'oie, bout de sonde en gomme élastique*) ; dans les deux autres cas, il n'a point été fait mention du moyen mis en usage pour la maintenir béante. — Chez l'un des sujets que nous venons d'indiquer, outre des mucosités visqueuses remplissant les canaux respiratoires, on trouva une lésion fort rare dans le cas d'angine œdémateuse, puisque, sur 107 nécropsies d'individus ayant succombé à cette affection, une seule fois elle a été indiquée : nous voulons parler de l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-muqueux des bronches; cette infiltration ne s'étendait ici que jusqu'aux troisièmes et quatrièmes ramifications (n° 18).

Cet œdème, qui sans doute s'était étendu de haut en bas, comme le font si fréquemment les fausses membranes dans le croup, a-t-il été une cause d'asphyxie lorsqu'il a eu envahi les bronches? Ceci nous paraît peu probable, car cette lésion n'occupait que des bronches de gros calibre et avait épargné leurs subdivisions.

Bronchite aiguë.

Obs. — Un homme âgé de 48 ans, atteint d'angine laryngée œdémateuse, fut trachéotomisé. Le malade se trouva si bien que, le quatrième jour après l'opération, on put chercher à réunir les bords de la plaie à l'aide de la suture entortillée et des bandelettes de diachylum. Mais alors une *bronchite aiguë* survint, et s'accompagna d'une toux qui empêcha la plaie de se cicatriser. On fut obligé d'enlever les aiguilles et tout l'appareil de réunion. — La bronchite terminée, on réunit de nouveau la plaie avec des bandelettes de diachylum. L'ouverture se rétrécit rapidement ; mais deux mois après l'opération, le malade conservait encore une fis-

tule trachéale d'une très petite dimension, qui cependant ne l'empêchait pas d'articuler les sons ; on lui proposa vainement de la guérir par la suture (n° 27.)

En admettant que cette bronchite aiguë doive être attribuée au refroidissement ou à l'une des causes ordinaires de cette affection, et non point, ce qui est loin d'être démontré, à l'extension à la trachée et aux bronches de l'inflammation développée au pourtour interne de la plaie de la trachée, avec quelle sollicitude ne doit-on pas surveiller les malades, après l'opération de la bronchotomie, pour prévenir, entre autres accidents, certaines phlegmasies aiguës qui, en elles-mêmes ont, il est vrai, peu de gravité, mais que certaines circonstances particulières peuvent rendre fort dangereuses.

Pneumonie. — Une pneumonie est survenue à trois de nos opérés. Dans l'un de ces cas, on trouva au poumon enflammé un foyer *gangréneux* et superficiel (n° 30).

L'observation suivante est intéressante, en nous montrant une pneumonie qui fut complétement méconnue, et en nous signalant une cause toute particulière d'erreur dans le diagnostic de la pneumonie qui survient à la suite de la bronchotomie.

Obs. — Un cultivateur âgé de 26 ans avait eu plusieurs fois des fièvres intermittentes ; sa face terreuse, son abdomen dévoloppé, sa rate tuméfiée ; un ulcère qu'il portait depuis deux mois à la jambe était presque guéri lorsque, le 9 septembre, sa surface parut sèche et grisâtre.

Le 11, au matin, éruption de pustules varioleuses discrètes, sans fièvre.

Le 12, à deux heures, gêne de la respiration ; elle augmente d'un instant à l'autre ; à minuit, accès de suffocation. La trachéotomie est immédiatement pratiquée, une double canule est placée à demeure ; le malade revient immédiatement à lui, la respiration se rétablit parfaitement.

Le 13, le malade rendait abondamment, par la canule, des mucosités spumeuses sanguinolentes. (Saignée, 2 vésicatoires aux bras, 1 vésicatoire sur l'ulcère desséché.) A deux heures, les mucosités rejetées étaient beaucoup plus abondantes, la peau était froide, le pouls petit, à 100 pulsations, le facies décomposé.

Le 14, mucosités plus épaisses, se détachant mieux ; légère chaleur à la peau ; pouls plus fort, même fréquence.

Le 15, mort à quatre heures.

Nécropsie. — Outre les lésions caractéristiques de l'angine laryngée œdémateuse avec foyers purulents multiples et séquestre d'une portion du cartilage cricoïde, on trouva le lobe inférieur

du poumon gauche presque entièrement hépatisé ; celui du poumon droit présentait un peu d'engouement ; les grosses bronches, jusqu'à leurs troisièmes divisions, étaient d'un rouge très-vif (n° 26).

Voilà donc une pneumonie qui débuta très-probablement après l'opération et qui fut complétement méconnue. Des mucosités sanguinolentes furent rejetées par le malade ; elles auraient dû diriger l'attention sur l'état du poumon, mais malheureusement elles furent attribuées à la plaie par laquelle elles s'échappaient. L'auscultation et la percussion eussent certainement découvert cette phlegmasie intercurrente.

Délire.—On a quelquefois signalé un état de fureur délirante chez des noyés au moment où ils revenaient à la vie, après avoir été soumis aux manœuvres propres à combattre l'asphyxie. Un phénomène de ce genre a été observé chez un de nos opérés, homme âgé de 46 ans, qui, après une syncope de quelques minutes, immédiatement consécutive à la bronchotomie, fut pris d'un délire furieux, en sorte que l'on eut beaucoup de peine pour le contenir. Bientôt cependant le calme se rétablit, et la guérison eut lieu (Tavignot).

Convulsions. — Deux fois des convulsions ont eu lieu pendant l'opération (Trousseau, Ponnet) ; mais elles ont été peu intenses, et ne nous paraissent point avoir contribué à la mort de l'un de ces opérés par le trouble qu'elles auraient apporté aux mouvements respiratoires. L'autre malade a survécu à l'opération.

Affaiblissement avant *la bronchotomie, cause de mort* après *l'opération.* — Nous ne saurions trop insister sur cette proposition, savoir, que l'affaiblissement des malades *avant* la bronchotomie est une des causes qui font très-souvent échouer cette opération. Entre autres exemples, nous citerons le suivant.

Obs. — Une malade âgée de 42 ans, était convalescente d'une pneumonie, traitée par une *saignée* et le *tartre stibié à haute dose*, lorsqu'une angine œdémateuse débuta ; cette angine fut combattue par 12 *sangsues* au cou, un *vomitif*, des frictions avec l'*onguent napolitain*, et une potion avec le *laudanum* et le *castoreum.*—Les symptômes de suffocation augmentant, on fit une *saignée* qui ne produisit aucun soulagement.—Alors la laryngo-trachéotomie fut pratiquée le cinquième jour, à dater du début des premiers accidents laryngés. La malade perdit à peine quelques gouttes de sang. Quand la canule eut été placée, une grande quantité de mucosités fut expulsée ; la respiration revint de suite à l'état normal, ainsi que le murmure respiratoire. La malade, après avoir éprouvé une légère syncope pendant qu'on la reportait dans son

lit, fit comprendre qu'elle se trouvait bien, qu'elle ne souffrait pas. Néanmoins on remarqua le soir une *grande prostration;* le pouls était petit, faible à 120. Le lendemain, quoique la malade eut dormi et que la respiration parût facile, *la faiblesse et la prostration s'étaient accrues;* le pouls était d'une fréquence extrême, à 160. La mort eut lieu à huit heures du soir.

Le larynx présentait plusieurs graves lésions : outre l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, cet organe était le siège de foyers purulents, dont l'un avait presque détruit l'articulation circo-thyroïdienne, la membrane muqueuse sous-glottique était épaissie et en dégénérescence lardacée, le cricoïde était carié dans une portion de son étendue. La membrane muqueuse de la trachée et des bronches offrait une rougeur uniforme sans épaississement. — Les poumons étaient sains ainsi que les plèvres; l'intérieur des gros vaisseaux était d'un rouge uniforme; le cœur paraissait dans l'état normal. On ne trouva aucune lésion notable dans les autres organes (n° 1).

La malade dont il est ici question était convalescente d'une pneumonie traitée par des moyens hyposthénisants (saignée et tartre stibié à hautes doses), lorsque survint une angine œdémateuse, qui à son tour fut combattue par des agents de la même classe; et c'est dans ces conditions défavorables que la bronchotomie fut pratiquée. La respiration se ranima pour quelques heures, mais l'épuisement était arrivé à ce degré où la mort a presque infailliblement lieu, si par des moyens toniques et excitants on ne réussit point à relever les forces.

A-t-on prodigué à la malade des secours de cette nature, le vin, le bouillon chaud, etc. etc.? Nous l'ignorons. Il serait d'autant plus à regretter qu'on ne l'eût pas fait qu'à l'ouverture du cadavre, on n'a trouvé dans les principaux viscères aucune lésion notable; que les altérations du larynx, quoique fort graves, n'étaient peut-être pas au-dessus des ressources de la nature et de l'art; et que d'ailleurs on peut vivre de longues années, l'air passant par une canule trachéale et non plus par les voies naturelles.

De quelle importance n'est-il pas lorsqu'on a affaire à une maladie *qui exigera probablement la bronchotomie*, de ne pas recourir, pour la combattre, à des moyens trop débilitants et de conserver au malade la plus grande somme possible de forces, pour résister à l'opération et à ses suites. On devra donc bien se garder d'employer dans le traitement de l'angine laryngée œdémateuse les évacuations sanguines, *sans indication précise et formelle*, se rappelant que si elles sont parfois utiles *lorsqu'on les ménage*, elles

sont presque toujours *insuffisantes*, quoique réitérées et très-abondantes, comme nous le démontrerons ailleurs. Les larges vésicatoires sur les régions antérieures et latérales du cou ont au contraire le double avantage de combattre efficacement l'angine œdémateuse, tout en conservant les forces du malade.

Canule trachéale enlevée trop tôt. — Un malade atteint d'angine laryngée œdémateuse, fut opéré à l'hôpital de la Charité; tout allait bien, lorsque le quatrième jour de l'opération il se fit reporter chez lui. Là un chirurgien appelé crut malheureusement devoir enlever l'instrument dilatateur et panser la plaie; mais bientôt les poumons s'engorgèrent, et le malade succomba (n° 35).

Fistule trachéale. — Chez deux de nos opérés, la plaie du canal respiratoire est restée fistuleuse ; nous avons déjà parlé de l'un d'eux (voir *Bronchite*), l'autre était atteint de laryngite chronique et de tubercules pulmonaires (n° 25).

Passage des boissons par la plaie de la trachée. — Le passage des boissons par la plaie du canal aérien, observé déjà plusieurs fois après la bronchotomie, a eu lieu chez une malade atteinte d'angine infiltro-laryngée.

Obs. — Ce fut au sixième jour environ de la trachéotomie (3 février) que Dalmas crut s'apercevoir qu'une partie des boissons retombait par la plaie. M. Chomel confirma cette remarque.

Le 4. le bouillon passait manifestement par la plaie. et cela dans la proportion d'un cinquième de ce que la malade avalait; cependant la respiration se faisait bien. Une communication était-elle établie entre le pharynx et le larynx par suite de l'extension en arrière de l'inflammation ou d'une dégénérescence quelconque ? Les regards attentivement promenés sur tout ce qu'on voyait de l'arrière-bouche n'apprit rien à cet égard. — Le 6, M. Roux introduisit la sonde œsophagienne, et par ce moyen on fit prendre à la malade deux petites tasses de bouillon ; dans la journée, elle ne voulut pas laisser répéter cette opération. Le soir, chute rapide des forces, pâleur et mort, sans que rien n'indiquât que la difficulté de respirer y fût pour quelque chose.

A *l'ouverture du cadavre*, on trouve cinq ou six petits foyers purulents dans les gros follicules de la base de la langue ; la membrane muqueuse qui recouvre la face supérieure de l'épiglotte est décollée et perforée dans une étendue circulaire d'une ligne et demi à deux lignes de diamètre : les ligaments épiglotto-aryténoïdiens ne sont pas infiltrés de sérosité, mais en les incisant on y trouve quelques gouttelettes de pus, comme à la base de la langue; les cartilages aryténoïdes sont aussi semés, sur leurs deux faces de petits abcès. Un abcès existe dans la paroi posté-

rieure du pharynx le long de la carotide interne ; le pus qui le forme remplirait environ deux dés à coudre. Enfin il existe une dernière collection purulente entre le côté droit du cartilage thyroïde et les parties molles voisines ; mais cette collection communique avec les parties divisées par l'opération et ne résulte peut-être que de l'extension de l'inflammation produite par elle (n° 5).

Les lésions nombreuses qui avaient leur siége dans l'épaisseur du pharynx, à la base de la langue, à l'épiglotte, expliquent en grande partie les troubles signalés du côté de la déglutition et le passage des boissons par la plaie de la trachée artère. Disons cependant que dans plusieurs autres cas où le même phénomène a été observé, de pareilles lésions n'existaient pas, et que même on n'en trouva d'aucun genre.

Causes de la mort des opérés. — Les causes de la mort pendant et après la bronchotomie sont souvent manifestes; d'autres fois *fort obscures* ; c'est là un point de l'histoire générale de cette opération qui exige encore de nouvelles recherches.

Chez nos opérés, nous indiquerons : la persistance de la suffocation, parce que l'ouverture trachéale était trop étroite ; l'introduction de l'air dans les veines ; une hémorrhagie peu abondante, il est vrai, mais qu'on ne put arrêter et qui força l'opérateur à fermer la plaie avant que la respiration se fût rétablie par ses voies naturelles ; la pénétration du sang dans les canaux respiratoires ; une syncope prolongée de cause obscure ; l'engorgement d'une canule trop étroite ; l'engorgement muqueux des bronches ; la pneumonie ; l'affaiblissement rapidement croissant des malades ; un trop long retard apporté à l'opération ; le retour des accidents suffocatifs, peut être par spasme des bronches ; l'enlèvement prématuré de la canule.

Dans cette énumération rapide, nous sommes frappé du nombre proportionnellement considérable des accidents mortels qui sont survenus *dans le cours même de l'opération.*

Ici le canal respiratoire est incomplétement divisé dans son épaisseur, par suite de l'œdème du tissu cellulaire sous-muqueux de tout le larynx, et même d'une partie de la trachée-artère (Laennec). Ce même œdème est sur le point de faire échouer l'opération (C. Broussais).

Là les tissus infiltrés qui recouvrent la trachée empêchent l'opérateur d'inciser le canal dans une étendue suffisante (Jackson).

Plus loin, une hémorrhagie peu abondante mais incoercible, oblige de fermer l'ouverture trachéale, quelques minutes après qu'elle a été faite (Frey).

D'autres fois un opéré meurt subitement (Heyfelder), et un autre court les plus grands dangers de mort (Robert), par suite de la pénétration de l'air dans les veines.

Ou bien deux malades succombent subitement pendant l'opération, et la cause de cette double catastrophe reste obscure (Roux, Trousseau).

Ou bien encore, vu la marche insidieuse de la maladie et l'apparition subite et inopinée d'un formidable accès de suffocation, l'opérateur, pris au dépourvu, est obligé d'improviser l'opération, d'employer des moyens dilatateurs insuffisants, etc.

En sorte que, toute proportion gardée pour une raison ou pour une autre, jamais la bronchotomie considérée *en elle-même* n'a offert plus de difficultés et surtout n'a été entourée de plus de périls que lorsqu'elle a été pratiquée sur des malades atteints d'angine infiltro-laryngée.

Nous sommes dès lors amené à conclure que, si la bronchotomie est incontestablement une précieuse ressource dans cette maladie, elle présente cependant assez de difficultés et de dangers pour que nous devions autant que possible éviter de la pratiquer, soit en combattant avec énergie la maladie elle-même, à l'aide des moyens *reconnus aujourd'hui* les plus utiles, soit en faisant tous nos efforts pour en *découvrir d'autres* plus efficaces encore. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

10. *De l'anesthésie provoquée et des agents anesthésiques considérés au point de vue de leur application à la chirurgie et aux diverses branches de l'art de guérir. Résumé critique des travaux publiés dans ces derniers temps*; par le docteur F.-A. Aran, médecin du Bureau central des hôpitaux.

(Suite et fin : *voir* t. VI, juin 1850, p. 46.)

(Archives générales de médecine, novembre 1850.)

Des anesthésiques dans la pratique obstétricale. — En abordant cette nouvelle portion de mon sujet, j'ai un regret à exprimer, c'est de ne pas trouver dans les écrits publiés en France les éléments suffisants pour résoudre les nombreuses questions qui s'y rattachent. A peine les premières recherches de M. Simpson étaient elles connues en France, que M. Paul Dubois confirmait par ses expériences les assertions de l'honorable professeur d'Édimbourg, suivi bientôt dans cette nouvelle voie par d'autres accoucheurs français dont l'assentiment s'ajoutait au sien en faveur des anesthésiques. Mais là s'arrête brusquement, dans notre

pays, l'histoire scientifique des anesthésiques appliqués à l'art obstétrical ; tandis qu'en Angleterre, les nombreux travaux, dont l'énumération figure au bas de la page précédente ne donnent qu'une faible idée du mouvement suscité parmi nos voisins par cette nouvelle application de l'anesthésie provoquée. Évidemment, ce qui a arrêté les accoucheurs français dans l'étude des anesthésiques à ce point de vue, ce qui rend compte de leur réserve à cet égard, c'est l'annonce de plusieurs cas de mort, observés pendant l'éthérisation, dans le cours d'opérations chirurgicales, et la crainte de voir survenir de pareils accidents chez les femmes soumises aux anesthésiques pendant le travail de l'accouchement. Eh bien ! il importe de le dire bien haut pour rassurer sur ce point les accoucheurs : malgré les applications nombreuses qui ont été faites des anesthésiques dans la pratique obstétricale en Angleterre et en Amérique, malgré l'emploi très-large et presque général qui en a été fait par plusieurs accoucheurs, il n'existe pas dans les annales de l'art un seul fait de mort survenue pendant l'éthérisation chez une femme en travail, il n'existe même pas de fait dans lequel les inhalations anesthésiques aient donné un instant des craintes sur le sort des femmes qui y étaient soumises. Que cela tienne, comme le pense M. Beatty, à ces deux circonstances, que les anesthésiques ne sont employés que chez des sujets qui gardent la position horizontale, et dans l'état de vacuité de l'estomac, ou bien que cela dépende du mode particulier d'administration des agents anesthésiques dont l'action, quoique prolongée, est rarement poussée jusqu à la perte de connaissance, toujours est-il que c'est là un premier résultat acquis par l'expérience si vaste de nos voisins, et qui doit peser d'un grand poids dans la sentence définitive à porter sur l'admission ou le rejet des anesthésiques appliqués à l'art des accouchements.

Pour se rendre bien compte de l'état de la question, il faut se reporter aux conclusions du premier Mémoire publié par M. Simpson : 1° les inhalations éthérées, disait le professeur d'Édimbourg, enlèvent plus ou moins complétement aux malades la sensation et la conscience des douleurs et des souffrances qui accompagnent le travail ; 2° les inhalations ne diminuent en rien la force et la régularité des contractions utérines ; 3° elles pourraient même, surtout lorsqu'elles sont combinées avec le seigle ergoté, ajouter quelquefois au nombre et à l'intensité de ces contractions ; 4° après la délivrance, la rétraction de l'utérus s'opère d'une manière aussi parfaite et aussi complète que dans les cas où l'on n'a pas fait usage des inhalations, 5° les contrac-

tions réflexes et auxiliaires des muscles abdominaux, etc,. paraissent également plus facilement provoquées dans l'état d'éthérisation par l'irritation artificielle et par la pression exercée sur le vagin, etc. ; 6° l'emploi des anesthésiques peut non-seulement éviter à la mère les douleurs atroces de la première période du travail, mais encore lui éviter les conséquences de l'ébranlement nerveux qui suit la délivrance, et par suite diminuer les dangers de l'accouchement; 7° cette pratique ne paraît pas avoir d'influence fâcheuse sur l'enfant. » Dans une seconde communication, M. Simpson confirmait presque entièrement ce qui précède ; cependant, relativement aux contractions utérines, il reconnaissait que, dans certains cas, si l'éthérisation était très-profonde, les contractions perdaient de leur force, pour reprendre ensuite toute leur énergie, dès que l'éthérisation était ramenée à de plus étroites limites. Il ajoutait que les inhalations anesthésiques pouvaient être continuées pendant un temps assez long, deux, trois heures et plus, si cela était nécessaire, sans aucun inconvénient ni pour la mère, chez laquelle les contractions conservaient leur force et leur fréquence, ni pour le fœtus, qui ne paraissait nullement en souffrir, et chez lequel on ne constatait autre chose qu'un léger accroissement de fréquence dans les battements du cœur.

A cette influence si favorable des anesthésiques dans la pratique obstétricale, pleinement confirmée par les conclusions du travail de M. le professeur Paul Dubois, il convient d'ajouter celle signalée par ce professeur sur les muscles du périnée, dont les anesthésiques affaiblissent la résistance naturelle. Ainsi, les premières recherches avaient permis de constater la possibilité de supprimer la douleur dans le travail de l'accouchement et dans les opérations obstétricales, sans troubler en rien les contractions utérines et celles des muscles abdominaux, sans agir d'une manière défavorable sur la santé ou la vie de la mère et de l'enfant, et cela en affaiblissant la résistance opposée à l'accomplissement de la dernière portion du travail par les muscles du périnée. Voyons ce que l'expérience ultérieure a appris sur ces divers points.

Et d'abord *quelle est l'action des anesthésiques sur l'utérus et sur les muscles abdominaux ?* Contraction et douleur sont deux mots synonymes dans le langage habituel des accouchements; cette confusion, établie dans la langue obstétricale, n'a pas eu une médiocre influence sur les craintes qui ont été exprimées dès l'abord par les praticiens au sujet des effets possibles des inhalations anesthésiques. On pouvait craindre que l'action qui sup-

prime la sensibilité ne suspendit aussi la contractilité de l'organe et n'enrayât le travail. L'étude de l'éthérisation est venue rétablir entre les contractions utérines et les souffrances de l'accouchement une indépendance que l'analyse physiologique avait toujours révélée. Il est un fait constant et acquis par toutes les expérimentations, c'est que la sensibilité utérine est complétement effacée, comme toutes les douleurs, par l'influence des vapeurs anesthésiques. Il en résulte la possibilité de supprimer toute impression douloureuse dépendant de l'acte de l'accouchement, et par suite de faire rentrer artificiellement cette fonction parmi celles de la vie organique dont l'être vivant n'a pas conscience.

Mais que devient la contractilité de l'utérus pendant l'action des agents anesthésiques? Ici nous nous trouvons en présence d'assertions contradictoires, qui nous paraissent cependant susceptibles d'être ramenées à des données fixes et précises. Pour MM. Simpson et P. Dubois, nous l'avons vu, la contraction reste dans ses limites normales. Ce résultat a été confirmé par M Murphy, qui déclare que le chloroforme ne diminue pas l'action contractile de l'utérus, pas plus qu'il ne nuit à l'action des muscles abdominaux; mais il ajoute, *à moins qu'il soit employé à trop haute dose ou que les malades soient très-susceptibles à son influence.* Les contractions utérines, dit M. Snow, continuent *si les inhalations utérines sont bien ménagées.* L'éther, dit M. Protheroe Smith, peut suspendre momentanément les contractions utérines, mais il ne les suspend pas plus que celles des muscles abdominaux, *lorsqu'elles sont énergiquemment établies.* Le chloroforme, *donné en trop grande quantité ou employé pendant trop longtemps*, dit M. Denham, suspend toute action musculaire; mais dans ce cas, ajoute-t-il, les contractions reparaissent avec un accroissement d'intensité dès que son emploi est interrompu. Il n'y a pas à en douter, la masse des témoignages est trop nombreuse et trop imposante : les contractions de l'utérus et des muscles abdominaux peuvent éprouver, dans certaines circonstances, sous l'influence des anesthésiques, de notables modifications; et ces modifications sont loin d'être dans le sens signalé d'abord par M. Simpson et plus tard par M. Stoltz, qui disait avoir vu dans plusieurs cas la matrice se contracter plus énergiquement sous l'influence de l'éther, et cet accroissement d'activité gêner les manœuvres obstétricales en resserrant la cavité de l'organe. Au contraire, la contractilité de l'utérus et des muscles abdominaux peut être affaiblie et même momentanément suspendue; mais pour cela, il faut ou bien que l'éthérisation soit très-profonde, qu'elle soit arrivée à la

fin de la première période ou au commencement de la seconde; ou bien que les anesthésiques aient été employés de trop bonne heure, alors que les contractions du travail n'étaient pas franchement établies; ou bien encore peut être, que la malade qui y est soumise présente une susceptibilité particulière à l'action de ces agents. On peut donc obtenir des effets très-divers des anesthésiques suivant la période de l'accouchement à laquelle on en fait usage et surtout suivant l'intensité que l'on donne à l'éthérisme. L'anesthésie est-elle superficielle et bien ménagée, les contractions utérines et celles des muscles abdominaux persistent avec leur énergie habituelle; à un degré plus avancé encore, si l'éthérisme atteint la période organique, les contractions utérines s'arrêtent elles-mêmes, les muscles abdominaux n'agissent que faiblement comme muscles respirateurs, et le travail de la parturition est suspendu. On verra plus loin quel parti on peut tirer dans la pratique de la connaissance de ces effets divers des anesthésiques sur la contractilité utérine.

Le périnée se relâche t-il pendant l'action des anesthésiques, alors que les muscles abdominaux et l'utérus se contractent avec énergie ? Cette question est résolue très-diversement par les accoucheurs. La réponse est affirmative pour MM. P. Dubois et Prothoroe Smith, Merriman et Beaumont ; elle est négative pour M. Denham, qui déclare que le chloroforme ne relâche pas plus le périnée que les autres parties molles.

Disons, en terminant, avec M. Murphy et tous les auteurs que nous avons cités, relativement à l'action des anesthésiques sur la contractilité de l'utérus et des muscles abdominaux, considérée dans ses rapports avec la sensibilité : que l'on peut obtenir un effet anesthésique complet sans paralyser l'utérus ; que les intervalles entre les douleurs (*contractions*) peuvent être allongés, et les douleurs être momentanément supprimées, sans qu'il y ait aucun affaiblissement dans la puissance contractile de l'organe; qu'au contraire, dans ces cas, dès que l'on interrompt l'action du chloroforme, les contractions utérines reprennent immédiatement avec augmentation de force et d'énergie, et que le retour de l'action utérine peut même avoir lieu pendant que la femme est encore sous l'influence du chloroforme.

Avant d'aborder l'étude du cercle d'application des anesthésiques à la pratique obstétricale, nous avons encore à rechercher *quelles peuvent être les conséquences de l'emploi des anesthésiques pour la santé et la vie de la mère et de l'enfant.* Pour ce qui regarde l'influence de l'éthérisation de la mère sur la santé de l'enfant, les premiers résultats annoncés par MM. Simpson et P. Dubois sont

pleinement confirmés aujourd'hui : l'éthérisme de la mère n'a qu'une influence imperceptible sur le fœtus ; le pouls de celui-ci est seulement un peu plus fréquent, mais il ne tarde pas à revenir à son état régulier (P. Dubois et Simpson). Les inhalations éthérées ou chloroformiques, tous les auteurs sont d'accord sur ce point, ne se sont pas montrées jusqu'ici préjudiciables aux nouveau-nés, et n'ont occasionné chez eux aucune sorte d'accidents qui aient multiplié leurs chances de mortalité. M. Simpson a fourni le relevé de 150 accouchements terminés avec le chloroforme : 149 enfants sont nés vivants ; un seul était mort, mais il était putréfié ; un autre enfant a succombé dans les premiers jours consécutifs à l'accouchement, c'était un sujet cyanosé ; aucun autre n'a été atteint d'éclampsie. MM. Duncan et Norris ont montré dans leurs relevés que, lorsque les enfants sont venus morts, le chloroforme n'était pour rien dans ce résultat. Enfin M. Murphy a publié une statistique très-curieuse portant sur 619 cas, dont 540 accouchements naturels terminés avec les anesthésiques (360 avec l'éther et 180 avec le chloroforme) ; or sur ces 540 accouchements il n'y a pas eu un seul enfant mort-né. Les 76 autres accouchements ont nécessité l'intervention de l'art, 37 l'application du forceps (1 seul enfant mort), 22 version la (7 décès d'enfants)

Quant à l'influence des anesthésiques sur les femmes en couches, nous sommes heureux de le dire : rien ne confirme les craintes qu'on avait conçues relativement à l'influence aggravante de ces agents. L'emploi des anesthésiques ne paraît pas généralement avoir été moins favorable chez elles que chez leurs enfants, tant sous le rapport des accidents immédiats que des accidents consécutifs. Sur 1519 femmes en couches, soumises à l'influence de l'éther et du chloroforme, par M. Simpson, aucune n'a subi d'accident fâcheux imputable à ces agents. M. Murphy, sur les 619 accouchements dont il a été parlé plus haut, ne compte aucun décès maternel parmi les 540 accouchements naturels, pas un décès sur les 37 applications de forceps, un seul décès sur 27 versions, et 2 décès seulement sur les 20 perforations du crâne. M. Paul Dubois lui même, si réservé dans le conseil d'appliquer la méthode anesthésique aux accouchements, en a reconnu hautement l'innocuité. MM. Duncan et Norris, qui ont employé l'éthérisation avec un succès encourageant sur 95 femmes, à la Maternité d'Édimbourg, ont eu l'idée, pour mieux apprécier la différence qui existe entre elles et les femmes accouchées d'après la méthode ordinaire, d'observer simultanément 50 de ces dernières. Le résultat qu'ils signalent est entièrement à l'avan-

tage de l'éthérisation. Ils dépeignent les femmes accouchées à l'aide du chloroforme comme exemptes de cette lassitude et de ce frisson qui suivent si souvent l'accouchement ordinaire ; elles sont gaies et fraîches à leur réveil, et souvent le sommeil anesthésique est suivi d'un sommeil naturel de une à deux heures ; suivant eux, on ne remarque plus ces fièvres et ces douleurs abdominales, qui prolongent souvent la convalescence lorsqu'on n'emploie pas les anesthésiques. » Non-seulement, dit M. Simpson, les femmes accouchées avec le chloroforme n'éprouvent pas de douleurs, mais l'idée seule qu'elles vont accoucher sans souffrir produit un effet moral favorable à la bonne issue de l'accouchement. Lorsque celui-ci est terminé, les femmes, au lieu de se trouver dans l'épuisement, comme après de longues souffrances, semblent sortir d'un sommeil réparateur. La convalescence est plus courte ; les complications plus rares et moins graves dans la généralité des cas. Si l'accouchement ne peut avoir lieu qu'au prix d'une opération, celle-ci s'exécute plus facilement à l'aide de l'anesthésie. Plus de ces états de contractions spasmodiques permanents qui empêchent l'introduction de la main dans l'utérus, et par suite, plus de ces longs tâtonnements qui avaient pour conséquence immédiate une congestion locale et une inflammation traumatique inévitable. »

Il ne paraît pas non plus qu'on ait observé une plus grande fréquence dans le développement des autres accidents qui peuvent compliquer l'accouchement ou ses suites, et compromettre la vie de la mère. « Les suites de couches, dit M. Jules Roux, ne reçoivent aucune modification fâcheuse : il y a moins de réaction inflammatoire, et partant l'organisation est plutôt ramenée à ses conditions normales. » On avait surtout redouté la possibilité de trois accidents ; l'expérience n'a nullement confirmé les prévisions théoriques à cet égard. La déchirure du périnée, les hémorrhagies utérines, et l'éclampsie, ne paraissent pas plus à craindre dans les accouchements terminés avec le chloroforme que dans ceux terminés par la seule intervention de la nature, si même, en ce qui touche le premier accident, l'éthérisation n'exerce pas plutôt une influence favorable en relâchant le plan périnéal et l'anneau vulvaire. Il résulterait donc de ces divers témoignages, que l'économie de la femme, loin d'avoir à subir quelque influence désavantageuse de la part des anesthésiques, n'en n'éprouverait généralement qu'une influence bienfaisante, tant sous le rapport de l'acte même de l'accouchement, que sous le rapport de ses suites, et qu'en conséquence la méthode anesthésique serait aussi utile en obstétrique qu'en chirurgie. Mais

nous croyons, avec M. Bouisson, qu'avant d'admettre entièrement une conclusion aussi absolue, il importe de réunir des données statistiques plus nombreuses et plus complètes que celles que nous possédons aujourd'hui.

Nous arrivons à la question vraiment pratique de notre sujet : *quelles sont les indications et les contre-indications de la méthode anesthésique dans les accouchements ?* De ce que les considérations précédentes tendent à démontrer la possibilité et l'innocuité générale de l'emploi des inhalations d'éther ou de chloroforme dans les accouchements, faut-il en conclure que ces inhalations doivent être employées dans tous les cas ? C'est dans ce sens que s'est prononcé M. Simpson, d'Édimbourg, et avec lui un grand nombre d'accoucheurs de la Grande Bretagne et de l'Amérique du Nord. M. Simpson est parti de cette donnée, dont on ne peut contester l'exactitude, surtout en ce qui touche la dernière période du travail, que les douleurs de l'accouchement sont excessives et tout au moins égales à celles qui accompagnent la plupart des opérations chirurgicales. A ce titre, comment refuser aux femmes en couches le bienfait des anesthésiques, qu'on octroye aux individus qui doivent subir une opération sanglante ? On a vu, par les résultats statistiques publiés plus haut, que M. Simpson et ses imitateurs n'avaient pas eu à se repentir de leur nouvelle pratique ; néanmoins de nombreuses objections se sont dressées devant cette généralisation hardie de l'anesthésie dans la pratique obstétricale. Je ne dirai rien des objections morales et religieuses, qui ont trouvé plus d'écho en Angleterre que parmi nous. Ces objections n'ont rien de sérieux ; mais quelques médecins, stoïciens d'un nouveau genre, ont célébré la douleur au point de vue médical comme but et comme moyen. J'avoue que je suis peu touché des raisons de ce genre qui ont été produites, et je regrette de trouver dans l'ouvrage remarquable de M. Bouisson, auquel j'ai fait de si nombreux emprunts, le passage suivant : « La douleur ressentie par la femme, au moment de l'accouchement, ne saurait être un phénomène indifférent ; elle existe en vue d'une intention, et sans nous égarer dans la recherche de la cause finale la plus élevée, on ne saurait contester au moins qu'elle n'ait pour but d'avertir la femme du moment de la parturition, et de solliciter sa participation volontaire à l'exercice de l'acte le plus solennel de l'existence. Ce n'était pas trop que la sensibilité prit sa forme la plus exaltée pour assurer l'accomplissement d'une fonction aussi importante. A ce point de vue, les douleurs sont les sensations par lesquelles la nature veut marquer le rapport nouveau qui doit s'établir, dans le monde extérieur,

entre la femme et l'être auquel elle donne le jour ; elles paraissent aux yeux de l'observateur la conséquence d'une loi physiologique qui a sa raison d'être, et que logiquement on ne doit pas enfreindre, lorsque cette loi s'accomplit avec régularité et d'une manière conforme à la tolérance vitale et psychologique de la femme. Maintenue dans certaines limites, la douleur obstétricale est dans une catégorie exceptionnelle et ne saurait être assimilée aux autres douleurs morbides ou traumatiques ; conséquemment elle ne saurait donner lieu aux mêmes indications. » (Ouvr. cité, p. 486.) Oui, sans doute, la douleur remplit un but particulier dans l'accouchement ; mais ce but, elle le remplit aussi dans les opérations : elle avertit l'individu, dans un cas, de l'acte organique qui s'accomplit dans l'économie : dans l'autre, de la lésion faite à son organisme ; elle est donc aussi respectable dans l'un et dans l'autre, de sorte qu'avec ce raisonnement on pourrait attaquer aussi bien l'application des anesthésiques à la pratique chirurgicale que cette application à la pratique obstétricale.

Ce n'est pas sur ce terrain dogmatique que la question doit être vidée, mais bien sur celui de la pratique, sur le fait constant et incontestable de l'innocuité de ces douleurs, de leur peu de développement ; et nous sommes heureux de nous rencontrer avec M. Bouisson quand il écrit, quelques lignes plus loin, le paragraphe suivant : « Si l'on considère qu'en général le travail de l'accouchement s'opère sans grande difficulté chez une femme bien portante et bien conformée ; qu'après quelques heures de douleurs assez vives, il est vrai, mais intermittentes et en somme supportables, le fœtus est expulsé, et que tout rentre dans l'ordre, on ne reconnaîtra pas une nécessité urgente à l'administration des anesthésiques, et l'on s'exposera moins résolument à faire courir aux femmes en couches les accidents qui peuvent dépendre des anesthésiques eux-mêmes, accidents qui, pour être très-rares, n'en doivent pas moins entrer en ligne de compte aux yeux du praticien. » C'est dans le même sens que se sont exprimés deux accoucheurs anglais dont le nom fait autorité dans la science, Montgomery et Murphy. « Est-il prudent, dit M. Montgomery, d'intervenir dans tout accouchement naturel indistinctement, quelque normal et favorable que soit l'aspect sous lequel il se présente, quelque rapides que soient ses progrès, et cela pour débarrasser la malade d'une partie de ses douleurs, si modérées qu'elles soient, ou pour satisfaire aux sollicitations des timides, aux demandes des impatientes, aux caprices des fantasques ? Est-il prudent d'administrer en toute occasion une drogue subtile, d'un effet instantané, d'une action puissante et dangereuse, qui,

dans la plupart des cas, agit en diminuant l'énergie utérine, en retardant le travail, et dont l'administration, faite largement, a été fréquemment suivie de résultats encore plus malheureux ? »

En faisant la part de quelques exagérations de M. Montgomery en ce qui regarde l'action des anesthésiques sur les contractions utérines, on voit qu'en définitive son opinion est celle de la plupart des accoucheurs français, relativement à la parturition naturelle. Ainsi donc, tant que les douleurs liées à l'exercice de cette fonction sont modérées ; supportables et efficaces, il n'y a point d'indication décidée pour l'administration des anesthésiques : le mieux est de s'abstenir et de ne point contrarier le procédé de la nature. Mais cependant, que l'accouchement, sans cesser d'être naturel, donne lieu à un travail trop douloureux, les choses changent de face : la prolongation du travail, la vivacité trop grande des douleurs, pourraient donner aux suites de l'accouchement naturel une gravité anormale. MM. Montgomery, Murphy, Chailly-Honoré, ont fait usage avec succès, dans ces cas, des inhalations anesthésiques. M. Montgomery, dont on a pu juger plus haut la réserve, reconnaît leur valeur et leur utilité dans le cas de douleurs très-vives et devenant excessives, dans le cas de douleurs nerveuses venant s'ajouter aux douleurs ordinaires du travail. « Dans tous les cas, dit M. Murphy, où les femmes éprouvaient des douleurs excessives, le chloroforme a produit le changement le plus salutaire, rétabli l'action propre de l'utérus, et conduit le travail à une heureuse conclusion. » La conséquence légitime de ce qui précède n'est-elle pas que l'administration des vapeurs anesthésiques peut être faite dans les derniers temps du travail, à l'époque des grandes douleurs, et surtout chez les primipares ?...

S'il peut y avoir des doutes sur l'administration des anesthésiques dans l'accouchement naturel, ces doutes n'existent plus dans les accouchements laborieux qui ne peuvent se terminer sans l'intervention de l'art, surtout s'ils réclament des opérations manuelles ou instrumentales, qui sont elles mêmes une source nouvelle de douleurs. Qu'une cause naturelle ou physiologique entraîne des douleurs trop vives, que ce soit une présentation peu favorable du fœtus, la rigidité du col ou des parties molles, l'étroitesse de l'excavation, etc., toute hésitation disparaît, et les anesthésiques sont un auxiliaire très-puissant des moyens ordinaires mis en usage dans ces circonstances. Ici se présente une question qui surprendra jusqu'à un certain point les médecins. Est-on autorisé à recourir aux anesthésiques dans le cas d'inertie de l'utérus ? Au premier abord, rien de plus irration-

nel qu'une pareille pratique. Faire usage des anesthésiques lorsque l'utérus est dans l'inertie, lorsque les contractions sont lentes et faibles, n'est-ce pas ajouter aux dangers et s'exposer à prolonger indéfiniment le travail ? M. Beatty a pensé cependant qu'il était possible de concilier les exigences de l'état particulier de l'utérus avec le désir de soustraire les femmes à la douleur ; pour cela, il a combiné les inhalations anesthésiques avec l'administration du seigle ergoté à l'intérieur. Chez les femmes chez lesquelles les contractions utérines étaient faibles et insuffisantes, et qui cependant étaient affaiblies par des douleurs prolongées ou seulement reculaient devant la nécessité de nouvelles douleurs, M. Beatty a prescrit, dès que la dilatation du col était presque complète, 4 grammes de seigle ergoté en deux doses à un quart d'heure d'intervalle, et aussitôt que les contractions étaient pleinement établies, il a soumis les malades aux inhalations anesthésiques, sans aller toutefois jusqu'à la perte de connaissance. Eh bien ! dans aucun cas, dit M. Beatty, les contractions n'ont été suspendues par l'inhalation du chloroforme : dans tous, le travail a marché vigoureusement malgré les anesthésiques, et dans tous la délivrance a été accomplie avec la plus complète sécurité pour la mère et pour l'enfant. M. Beatty occupe une position trop élevée dans la pratique obstétricale pour que nous ayons pu passer sous silence l'innovation thérapeutique qu'il recommande ; toutefois il y a dans cette combinaison du seigle ergoté et des anesthésiques quelque chose qui répugne profondément à la raison, et je suis persuadé que M. Beatty trouvera peu d'imitateurs.

Dans les opérations obstétricales, soustraire les femmes à la douleur est une chose d'une nécessité au moins aussi impérieuse que dans les opérations chirurgicales ; aussi l'emploi des anesthésiques a-t-il été peu contesté dans ces opérations, même par ceux qui se sont montrés le moins favorables à l'application des anesthésiques à la pratique obstétricale. M. Montgomery en a reconnu l'utilité d'une manière générale dans le cas de délivrance instrumentale, de version, d'extraction artificielle du placenta, et *a fortiori* dans les opérations sanglantes, telles que l'opération césarienne. Quelques accoucheurs, MM. Cazeaux et Montgomery, ont cependant émis, à propos de l'emploi des anesthésiques pour l'application du forceps et surtout du céphalotribe, des craintes fondées sur ce que l'insensibilité de la femme peut exposer le chirurgien à faire de l'instrument obstétrical un usage d'autant plus dangereux qu'il peut pincer et déchirer les parties molles sans être averti par la douleur. Mais l'objection est plus

spécieuse que solide : lorsque les règles convenables pour l'introduction et la sortie du forceps sont observées, l'anesthésie n'augmente pas les risques attachés à l'opération ; et ce serait se priver d'une ressource bien importante que de renoncer aux bienfaits de l'éthérisation dans les cas où l'action des vapeurs stupéfiantes ajoute précisément, à l'avantage de supprimer la douleur, celui de rendre l'opération plus facile. Ajoutons que, dans les opérations obstétricales, l'anesthésie doit être poussée beaucoup plus loin que dans le cas où il s'agit seulement de calmer les souffrances, c'est-à-dire jusqu'à déterminer une torpeur temporaire de l'organe. Dans la version principalement, il faut que les contractions utérines aient subi l'influence des anesthésiques pour que la manœuvre opératoire s'accomplisse sans difficulté.

Ceci nous conduit naturellement à dire quelques mots du mode d'administration des anesthésiques. « S'il était utile disait M. Snow, à la Société médicale de Westminster, de pousser aussi loin l'anesthésie dans la pratique obstétricale que dans les opérations qui réclament l'emploi de l'instrument tranchant, ce serait là une objection valable, parce qu'on ne pourrait songer à continuer cet état anesthésique pendant deux ou trois heures sans danger pour les malades ; mais on n'a pas besoin de ce degré d'insensibilité, à moins que ce ne soit pour arrêter ou pour diminuer les contractions utérines pendant quelques minutes. Si les inhalations sont bien ménagées, les contractions continuent sans trouble et sans affaiblissement. » Cette remarque de M. Snow a été pleinement confirmée par l'expérience de tous les accoucheurs anglais. « Le chloroforme, dit M. Denham, peut être administré de manière à ne pas priver les malades de leur raison et de leur conscience, et cependant supprimer les douleurs... Le degré d'éthérisation, dit M. Murphy qui enlève l'intensité de la douleur, sans faire perdre la conscience, n'interrompt pas les contractions de l'utérus... Sauf dans les cas où il y a des opérations à pratiquer, dit M. Simpson, l'anesthésie ne doit pas être portée jusqu'à l'anesthésie chirurgicale et la perte de connaissance » C'est donc un fait bien établi, on peut obtenir en général des effets anesthésiques suffisants sans aller jusqu'à la perte de connaissance, et cette circonstance est de nature à rassurer les médecins sur le danger des inhalations anesthésiques, employées avec précaution dans la pratique obstétricale. C'est ce qui explique comment l'anesthésie a pu être prolongée dans certains cas pendant quatre, cinq, six heures, et plus ; comment M. Simpson a pu, sans danger, faire inhaler à ses malades, pendant

plusieurs heures, une once de chloroforme par heure, et même six onces de chloroforme en deux heures.

M. Simpson, qui a tracé le premier les règles de l'éthérisation obstétricale, recommande l'emploi de la méthode d'inhalation brusque pour jeter de plein trait les femmes dans l'insensibilité et pour éviter aussi l'agitation ; pour cela, il verse dans un mouchoir plié en forme de cône une forte dose de l'anesthésique (chloroforme), ce qu'il appelle *a full dose*. Après ce premier effet, il se borne à un petit nombre d'inhalations, à chaque retour de la contraction utérine ou un peu auparavant ; il rend ensuite l'insensibilité d'autant plus profonde, que la tête s'approche davantage du périnée ou de la vulve. De cette manière, dit-il, on peut entretenir longtemps l'insensibilité, sans aucun danger pour la femme. Sauf ce premier temps d'éthérisation brusque, recommandée par M. Simpson, qui ne nous paraît nullement conforme au principe que nous avons déduit de l'expérience de ce professeur et des accoucheurs ses compatriotes (celui de ne pas pousser l'éthérisation jusqu'à la perte de connaissance) et auquel il semble prudent de substituer l'éthérisation graduée, les préceptes posés par le professeur d'Édimbourg peuvent être adoptés sans difficulté dans la pratique obstétricale ; mais en réduisant encore la quantité de chloroforme dépensée dans l'éthérisation à des proportions moins considérables, 3 à 6 grammes par heure, comme l'a fait M. Murphy, une once au plus, comme l'a fait M. Denham dans certains cas exceptionnels.

Des agents anesthésiques dans la thérapeutique médicale. — Ce n'est pas seulement dans les opérations chirurgicales que le médecin se trouve en présence de la douleur ; elle est le triste apanage d'un grand nombre de maladies, et forme même le caractère essentiel et unique de quelques-unes d'entre elles. Lors même qu'elle n'est qu'un symptôme, qu'un élément morbide, elle peut acquérir un degré d'intensité assez prononcé pour donner lieu à une indication précise. On s'explique donc aisément comment les médecins, frappés des propriétés remarquables que possèdent certains agents pour éteindre la douleur déjà produite, comme pour empêcher son développement, ont eu recours à ces moyens dans les cas où ils se trouvaient désarmés par l'impuissance des agents médicamenteux ordinaires.

La longue énumération de ces applications particulières des anesthésiques, dont le lecteur peut prendre communication au bas de la page précédente, montre, ainsi que nous venons de le faire remarquer, que c'est surtout contre le phénomène *douleur* que leur intervention a été réclamée. Les douleurs névralgiques

et viscérales ont fourni un grand nombre de succès, de sorte qu'on peut poser en chose reconnue l'efficacité des inhalations anesthésiques dans les lésions de la sensibilité en général. Mais l'étude de l'anesthésie provoquée n'avait pas seulement révélé une action particulière des agents anesthésiques sur la sensibilité ; elle avait montré leur action sur le système musculaire, qu'ils plongent dans la résolution. Les médecins ont par suite étendu cette méthode à des affections spasmodiques ou convulsives, à des cas d'éréthisme, et à des affections variées du système nerveux et de ses dépendances. Mais déjà la conclusion était moins légitime et moins rigoureuse ; aussi les résultats ont-ils été moins favorables et moins certains : si, dans quelques cas de lésions de la motilité à forme tonique, telles qu'on les observe dans le tétanos, les inhalations anesthésiques ont paru avoir quelques avantages, il en est d'autres dans lesquels le calme produit par ces inhalations n'a été que de courte durée, et d'autres enfin dans lesquels les accidents spasmodiques et convulsifs ont été exaspérés au point d'inspirer des craintes sérieuses. Dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire à quoi tiennent ces différences dans les résultats observés, comment dans le tétanos, par exemple, à côté de succès incontestables, que j'ai rappelés dans la note, il y a eu des cas nombreux d'insuccès complet ou de mort après un soulagement momentané. Ce que l'on peut regarder comme très-probable, c'est que, dans les cas où les anesthésiques ont échoué, ils se trouvaient en présence de lésions matérielles, que leurs effets essentiellement fugaces n'étaient pas de nature à modifier avantageusement.

Cette incertitude dans les résultats à attendre des inhalations anesthésiques dans la thérapeutique médicale, jointe aux dangers que leur usage peut entraîner, lorsqu'on y a recours dans des circonstances aussi exceptionnelles, lorsqu'on est exposé à rencontrer un système nerveux mal préparé à subir leur action, m'empêche, je l'avoue, de partager les espérances qui ont été conçues à cet égard par plusieurs médecins. Sans nier que les services incontestables qu'on en a obtenus dans le traitement de quelques maladies, d'origine le plus souvent dynamique, n'en fassent une ressource réellement précieuse dans les cas rebelles, il me semble que les agents anesthésiques sont des moyens trop puissants pour oser en prescrire l'emploi d'une manière générale, surtout aujourd'hui où nous pouvons obtenir, dans les mêmes circonstances, des effets anesthésiques suffisants, sans introduire dans le torrent circulatoire des agents aussi énergiques, sans leur faire exercer une action sur le système nerveux

central, par une méthode simple, efficace, et sans danger, qu'il me reste maintenant à signaler.

Anesthésie locale — Si nous manquons de données précises et certaines en ce qui touche l'application des inhalations anesthésiques au traitement de diverses maladies, à plus forte raison, en sommes-nous entièrement dépourvus en ce qui touche l'anesthésie locale. Il était rationnel de penser, d'après les effets locaux exercés par les anesthésiques sur les nerfs, que l'on pourrait demander à leur action topique des effets sédatifs efficaces. L'attente des médecins n'a pas été trompée. A vrai dire, la médication anesthésique locale est encore au berceau ; un seul agent, le choroforme, a été mis en usage ; les lois, les règles de la médication sont à trouver, ses applications multipliées à rechercher et à découvrir ; et cependant, par ce qu'on sait déjà, par les applications nombreuses et efficaces qui en ont été faites, on peut prévoir ce qu'elle donnera un jour. J'en ai signalé quelques-unes des principales dans une note placée au bas de cette page ; elles montrent que, de même que la méthode des inhalations, l'anesthésie locale a été surtout dirigée avec avantage contre les maladies douloureuses, et plus rarement contre les maladies spasmodiques, dans lesquelles elle compte cependant quelques succès. Espérons que d'ici à peu, nous pourrons être plus explicite sur les applications et les règles d'une méthode que nous considérons comme l'un des plus beaux fleurons de la médication anesthésique.

V. ACCOUCHEM^ts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 11. *Du chloroforme dans les accouchements et de son emploi après l'ergot de seigle* ; par le docteur BEATTY, professeur d'obstétrique au Collége royal des chirurgiens d'Irlande, président du même Collége, médecin en chef de l'hôpital de la Cité de Dublin, etc., etc. (1).

(Journal des Conn. médico-chirurg. octobre 1850.)

Les observations contenues dans ce travail ont été d'abord communiquées à la société obstétricale de Dublin, dans deux de

(1) Ce mémoire avait paru depuis six mois déjà dans le *Dublin quarterly journal of medical science*, lorsque M. Danyau a lu son rapport sur le seigle ergoté. Quoiqu'il semble au premier abord y avoir quelque contradiction entre les conclusions de ces deux travaux, on s'apercevra néanmoins à la lecture des préceptes de l'accoucheur anglais qu'il a employé le seigle ergoté dans les cas seulement où avec l'inertie de l'utérus coïncidait une dilatation convedable de l'orifice et la disposition des parties à se prêter à une prompte délivrance. (*Note du Redacteur.*)

ses dernières séances. La date des premiers de ces faits, prouve que mes recherches sur l'emploi du choloroforme, comme agent anesthésique dans les accouchements, sont déjà anciennes : je ne me suis point pressé de les publier parce que je voulais faire reposer mes conclusions sur des cas nombreux et bien observés. C'est là la seule marche qui puisse faire progresser la science à une époque comme la nôtre où la multiplicité et la rivalité des opinions ont donné naissance à un sceptitisme ennemi né de toute découverte et de toute amélioration. Mes longues recherches n'ont fait que confirmer tous les avantages qu'attribue au chloroforme le savant professeur Simpson, qui l'a le premier employé et recommandé spécialement pour la pratique des accouchements; et j'ai de plus constaté que convenablement dirigées, les inhalations de chloroforme sont tout à fait inoffensives, tant pour la mère que pour l'enfant : au moins ne lui ai-je jamais vu produire le moindre accident, et sur les milliers d'accouchements dans lesquels on y a eu recours, on ne cite pas un seul cas de mort. Cette immunité, qu'on ne retrouve pas dans les opérations de la chirurgie proprement dite, tient, chez la femme en couches, a deux causes : la première est sa position ; la seconde la vacuité de son estomac. La position horizontale est la plus éminemment favorable pour obtenir rapidement l'anesthésie et avec la moindre dose possible de l'agent anesthésique. Dans les opérations chirurgicales qui nécessitent la position verticale, l'extraction des dents, par exemple, il faut employer beaucoup de chloroforme, et c'est dans ces circonstances précisement qu'on a observé tant d'accidents mortels. On a aussi noté que la plénitude de l'estomac, au moment de l'inhalation était une autre source d'accidents très-fréquemment mortels. Or, comme chez les femmes en couches, on n'emploie le chloroforme que plusieurs heures après le commencement du travail, et que pendant cet intervalle de temps, celles-ci ont peu de disposition à prendre des aliments, il en résulte qu'au moment où l'on a recours au chloroforme, l'estomac est vide et que les femmes se trouvent ainsi à l'abri de la seconde cause de mort par le chloroforme. Qu'on n'oublie pas, toutefois, que la pureté du chloroforme est un point d'une grande importance si l'on veut s'éviter des désagréments dans son emploi. Le chloroforme impur, quelque précaution qu'on prenne, produits presque inévitablement la toux, le spasme de la poitrine, le délire, une excitation générale et tout cela avant la production de l'anesthésie; après celle-ci il laisse du mal de tête et de la congestion au cerveau. Rien de tel ne s'observe avec du chloroforme bien pur et convenablement manié.

On a proposé différents moyens pour s'assurer de la pureté de cet agent ; mais la plupart sont d'une application trop difficile pour des praticiens qui n'auraient pas beaucoup de temps à y consacrer. Cependant, le docteur M. Gregory, a lu en mars 1850, devant la société royale d'Edimbourg, la description d'un procédé très-simple, de son invention, au moyen duquel, le praticien le plus affairé et le moins habitué aux manipulations chimiques peut s'assurer du degré de pureté du chloroforme qu'il emploie.

Le docteur Gregory attribue les inconvénients que nous avons signalés à la présence de certaines huiles volatiles dans le chloroforme. Ces huiles contiennent du chlore et ont une odeur désagréable ; leur inhalation, ou même leur simple inspiration suffit pour causer un mal de tête et un malaise inexprimables. On reconnaît la présence de ces huiles vénéneuses dans le chloroforme en le mélangeant avec de l'acide sulfurique bien pur, sans couleur et d'une densité de 1,840 au moins. On agite le mélange, et si le chloroforme est impur, l'acide sulfurique prend une couleur jaune ou brune, due à ces huiles qu'il décompose et détruit. Le plus petit changement de couleur dans l'acide se reconnaît aisément par la comparaison qu'on en peut faire avec le chloroforme dont la masse incolore surnage l'acide. Le chloroforme pur ne colore nullement l'acide.

Lorsque le chloroforme, essayé comme nous venons de l'indiquer, est trouvé impur, on l'agite de temps en temps avez la moitié de son volume d'acide sulfurique, dans un flacon bien sec, bien propre et bouché à l'émeri, jusqu'à ce que l'acide ne se colore plus. Tant que l'action de l'acide est incomplète, on observe un anneau d'une teinte foncée au point de contact de l'acide avec le chloroforme. Lorsque l'on n'observe plus cet anneau, on peut retirer le chloroforme ; mais pour plus de sûreté il est bon de l'agiter encore avec le quart de son volume d'acide sulfurique, lequel doit alors rester complétement incolore. Le chloroforme est ensuite séparé de l'acide et mis dans un flacon à l'émeri, bien sec, avec un peu de peroxyde de manganèse pulverisé pour enlever l'acide sulfurique qui pourrait y être resté ; on agite doucement le mélange, et on le laisse en contact jusqu'à ce que le chloroforme exhale une odeur agréable de fruit, sans aucune trace d'odeur sulfureuse. C'est alors qu'il a les qualités convenables pour l'inhalation.

M. Kempen, répétant cette expérience pour moi, ajoute le docteur Gregory, a observé un fait fort curieux qui est encore un bon moyen d'essai du chloroforme : c'est qu'aussitôt que le chlo-

roforme est purifié, sa surface de contact avec l'acide est fortement convexe, et par conséquent, celle de l'acide est concave. Tant qu'il y reste une trace d'impureté, la surface de jonction des deux liquides est horizontale.

La pureté du chloroforme une fois constatée, il importe de procéder convenablement à l'inhalation. Je me suis toujours servi, à cet effet, d'un mouchoir de poche, comme l'a conseillé, dans le principe, le docteur Simpson, et je suis de plus en plus convaincu que ce mode de procéder est le plus convenable. Il assure un mélange convenable d'air atmosphérique avec la vapeur du chloroforme, et c'est là un point fort important au début de l'inhalation ; car l'introduction lente et graduelle de la vapeur dans les poumons, produit un effet anesthésique, faible d'abord, mais qui s'accroît à mesure qu'on continue l'opération et d'une manière si facilement appréciable, grâce au temps qu'on y met, qu'il est toujours facile de suspendre l'action du chloroforme en retirant le mouchoir. Or, cette appréciation de la quantité et de la qualité de la vapeur du chloroforme ne saurait, je pense, être faite convenablement avec aucun des inhalateurs qu'on a proposés.

Le meilleur est le plus simple de ces appareils est celui du docteur Fleming ; pour les opérations de chirurgie dans lesquelles on a besoin de produire l'anesthésie la plus profonde et la plus complète, il répond parfaitement au but qu'on se propose, et cela avec une très-petite quantité de liquide. Mais il n'est plus aussi bien de mise dans la pratique obstétricale où l'on n'a pas besoin de produire des effets aussi intenses.

Dans les cas ordinaires, je commence l'administration de la vapeur du chloroforme, lorsque le col utérin est près d'arriver à sa dilatation complète. Je verse deux gros environ (8 grammes) de chloroforme sur un mouchoir plié ; on tient d'abord celui-ci à la distance de cinq ou six pouces du visage de la malade qui est couchée sur le côté (1) ; on l'approche graduellement de plus en plus, jusqu'à ce que les bords du mouchoir enveloppent la partie supérieure de la joue. Dans un travail bien régulier, je ne vais jamais jusqu'à l'insensibilité complète. Aussitôt que la respira-

(1) En Angleterre, les femmes restent pendant tout le travail couchées sur l'un des côtés. Cette position nous semble beaucoup mieux appropriée à l'inhalation que le décubitus dorsal. Il est même possible que le décubitus latéral des femmes anglaises soit pour beaucoup dans l'absence de tout accident, ce qui s'expliquerait très-bien par cette considération que le chloroforme, arrivant alors directement de côté et d'en bas, et étant d'ailleurs d'un poids spécifique plus considérable que l'air ambiant, ne pénètre que lentement et largement mélangé avec ce dernier jusqu'aux fosses nasales. Dans le décubitus dorsal, qui est passé dans les habitudes françaises, nous conseillerions de mettre le mouchoir de côté, en faisant incliner la tête dans ce sens. (*N. du R.*)

tion devient bruyante, je retire le mouchoir et laisse revenir la sensibilité pour recommencer ensuite à la diminuer. De cette manière, la femme ne perd jamais la conscience d'elle-même ; elle en perd tout juste assez cependant pour ne plus ressentir les cruelles souffrances du travail, non plus que les maux continuels de reins qui tourmentent si souvent les femmes dans l'intervalle des douleurs expulsives. Elles ont d'ailleurs si bien la conscience des contractions utérines qu'elles les aident instinctivement de leurs efforts musculaires et cela sans presque en ressentir de souffrance, si tant est qu'elles en ressentent.

Ce sera un éternel sujet de gloire pour le docteur Simpson, d'avoir su, par son génie et par la persévérance de ses efforts, arriver à vaincre ce terrible aiguillon de la douleur au point de faire déclarer aux accouchées que le chloroforme est pour elles le paradis, et cela sans le moindre danger ni pour la mère, ni pour l'enfant ; car je le répète, l'excitation insolite qu'on a observée dans certains cas, tenait, je n'en saurais douter à ce que le chloroforme n'était pas pur. Pour ma part, j'ai toujours remarqué que les femmes que j'avais éthérisées avec du chloroforme bien essayé, n'ont jamais manqué d'en réclamer l'usage aux accouchements subséquents.

Ces cas sont très-nombreux depuis deux ans que j'emploie le chloroforme dans les accouchements, et j'allongerais démesurément l'étendue de cet article si je voulais seulement mentionner tous les cas d'accouchement naturels ou artificiels dans lesquels il m'a si bien réussi. Tout ce qui précède n'est d'ailleurs, en quelque sorte, qu'un préambule au principal objet de cette communication qui est de faire voir comment on peut encore faire une heureuse application du chloroforme, dans des cas qui sembleraient le contre-indiquer formellement, dans ceux où le travail s'allonge outre mesure par l'effet de l'inertie de l'utérus. Il m'est arrivé d'avoir des femmes en couches qui réclamaient à grands cris le chloroforme précisément au moment où l'utérus était le moins disposé à agir avec vigueur et célérité. Obtempérer tout simplement à leur désir en cette circonstance, c'eût été augmenter le mal en prolongeant encore la durée du travail. Mais en associant l'administration de l'ergot de seigle à celle du chloroforme, je levais la difficulté. Les avantages de cette méthode ressortiront de la lecture des faits suivants :

Obs. I. — Mme W... me fit appeler auprès d'elle pour la première fois, en septembre 1848. Cette femme avait déjà eu plusieurs enfants. Son état moral avait été des plus mauvais pendant le dernier mois de la grossesse, actuellement près de son terme :

elle ne parlait que des sinistres pressentiments qui l'assiégeaient continuellement sur ses prochaines couches, et elle n'eut quelque repos que lorsque je lui eus promis de lui administrer la vapeur du chloroforme. L'accouchement s'annonça à l'époque voulue, et le travail débuta par de légères douleurs qui ne s'accrurent que très-faiblement en intensité et en fréquence, depuis le matin de bonne heure jusqu'à la nuit; mais en revanche, la malade passa toute la journée dans les plus vives inquiétudes. A dix heures du soir, ne voyant pas de changement dans le caractère de ses douleurs, je lui administrai un gros d'ergot de seigle en deux doses, à un quart d'heure d'intervalle l'une de l'autre. Ce fut un coup de fouet pour l'utérus, et en vingt minutes, l'accouchée se trouva transportée en plein travail; mais en même temps, elle devint véritablement ingouvernable, se jetant de côté et d'autre dans son lit sans vouloir rester un instant en place, et me rappelant à hauts cris la promesse que je lui avait faite de l'éthériser: bref, elle ne voulait plus entendre parler que du chloroforme. Voyant le travail en pleine activité et le col de l'utérus presque dilaté, je procédai à l'emploi du chloroforme dont je versai un gros sur un mouchoir de poche. Il était alors onze heures, et la femme tomba presque aussitôt dans un calme complet : elle devint tranquille, facilement gouvernable, et ne trahit plus dès lors la moindre impatience. Elle ne perdit cependant point la conscience d'elle-même; elle continua de parler raisonnablement, et manifesta surtout le grand bien-être que lui faisait éprouver le chloroforme. Elle fut délivrée à minuit et demi, d'un enfant bien vivant. Je lui demandai ce qu'elle pensait du remède que j'avais employé; elle me répondit que c'était le ciel, qu'elle avait bien la conscience de chaque douleur, et qu'elle pouvait pousser sans en ressentir de souffrance. Cette dame avait été sujette, après ses couches précédentes, à des céphalalgies nerveuses très-intenses : dans ces circonstances, la lumière lui était si intolérable qu'elle était obligée de s'enfermer pour se mettre à l'abri de ses moindres rayons. Ces accès cessaient graduellement après une durée de vingt-quatre ou trente-six heures. Eh bien! à la suite de cet accouchement dans lequel je venais de faire usage du chloroforme, cette dame n'éprouva rien de tel. A ma visite du lendemain, je trouvai ses volets ouverts et la chambre exposée à la lumière la plus vive. Ma malade se disait exempte de la moindre souffrance, et osait à peine s'en fier au sentiment de son bien-être, tant ces suites de couches différaient des précédentes. Elle fut également plus vite rétablie qu'auparavant.

Ce cas peut fournir matière à plusieurs remarques importantes.

Nous noterons d'abord les bons effets de l'ergot de seigle qui fit entrer l'utérus en action au milieu d'une inertie désespérante de cet organe et mit la malade dans des conditions favorables à l'emploi du chloroforme. Il est bien évident, qu'au moment où je donnai l'ergot de seigle, l'utérus n'était nullement disposé à entrer en contraction, et plusieurs heures se fussent encore probablement écoulées avant l'apparition des douleurs efficaces. Cet agent nous a donc épargné une nuit de travail stérile. Mais ce qui est particulièrement remarquable dans cette observation, c'est l'absence de la céphalalgie après la délivrance. Je pense qu'on peut attribuer cette immunité à l'action calmante du chloroforme sur le système nerveux.

Obs. II. — Mme F... enceinte pour la première fois, désirait vivement qu'on fît usage du chloroforme à ses couches, et je lui promis de souscrire à son désir si rien ne s'y opposait. Le travail fut très-lent et très-faible pendant vingt heures, et à ce moment l'orifice utérin présentait le diamètre d'une demi-couronne (un peu plus que celle de nos pièces de cinq francs). Le bassin présentait l'ampleur convenable, et les parties molles étaient dans le relâchement. La femme ne faisait que demander le chloroforme ; mais les douleurs n'étant pas assez fortes pour que son administration pût être de quelque profit, je donnai l'ergot de seigle qui réveilla l'action de l'utérus et le mit en plein travail au bout de vingt minutes. Je commençai alors l'emploi du chloroforme, et après avoir été tenue deux heures sous son influence, la femme mit au jour un garçon vivant.

L'insensibilité ne fut jamais complète chez cette dame, et elle garda constamment sa connaissance ; parfois elle tenait elle-même le mouchoir pendant les contractions, demandant qu'on ajoutât un peu de chloroforme, et exprimant tout le soulagement et le bien-être qu'elle en éprouvait. On employa une once de chloroforme pendant son travail.

Obs. III. — Madame C..., primipare. Chez cette dame, le travail débuta sans douleur par la rupture des membranes. Au bout de six heures, l'action de l'utérus commença à se faire sentir, et ne marcha ensuite qu'avec beaucoup de lenteur. Après dix-huit heures, trouvant le col utérin mou et presque complétement dilaté, j'administrai l'ergot de seigle. Les douleurs s'accrurent, et je commençai l'emploi du chloroforme. Après avoir été quatre-vingts minutes sous son influence, la femme accoucha d'une fille vigoureuse et bien vivante. Le travail avait duré vingt et une heures. Pendant toute la durée de l'inhalation, l'accouchée ne cessa de dire qu'elle avait parfaitement la conscience de chaque

contraction utérine, mais sans en ressentir la souffrance.

Obs. IV. — Madame P..., qui en était à son second accouchement, eut des douleurs bien caractérisées pendant quatre heures, au bout desquelles, le col utérin se trouva presque complétement dilaté, le vagin humide et frais. On souscrivit alors au désir qu'elle exprimait d'être soumise au chloroforme ; ce qui suspendit les douleurs du travail et la fit tomber dans un profond sommeil qui dura une heure. Comme les douleurs ne reprenaient point à son réveil, je lui fis prendre 4 grammes de chloroforme : les douleurs revinrent alors plus intenses, et plus fréquentes ; et lorsqu'elles furent bien établies, je recommençai les inhalations. Il n'y eut plus d'interruption dans les contractions, et l'accouchement se termina heureusement en une heure.

Dans cette observation, le chloroforme a suspendu bien évidemment les contractions ; mais une fois celles-ci rappelées par l'ergot de seigle, il a été sans action sur elles. On voit que ces deux agents, bien loin de s'exclure mutuellement, peuvent très-bien être employés dans le même accouchement. L'ergot de seigle employé tout d'abord, met la femme à l'abri du retard que le chloroforme apporterait au travail.

Obs. V. — Madame A..., qui en est à son sixième accouchement, ayant eu une forte hémorrhagie dans le précédent, qui remonte à deux ans de date, craignait de voir le même accident se reproduire. Je lui donnai l'ergot de seigle vers la septième heure du travail, alors que le col utérin et les parties molles étaient pleinement dilatées. Les contractions s'étant déclarées très-fortes au bout de vingt minutes, je commençai les inhalations. Les douleurs, immédiatement calmées dès la première, disparurent bientôt complétement, ne laissant à la femme que le sentiment des efforts de l'utérus. Elle s'endormait par moments pour quelques instants seulement, et disait à son réveil qu'elle avait eu un rêve agréable. Elle accoucha au bout de vingt minutes de cet état, à la huitième heure du travail, après avoir usé 16 grammes de chloroforme.

Obs. VI. — Madame P..., enceinte pour la seconde fois, éprouvait, à la première période de son travail, un ralentissement considérable, dû à ce que la face se présentait contre le pubis et à ce que les contractions étaient très-faibles. Au bout de trois heures de cet état, ne voyant du côté de l'utérus aucune disposition à redoubler d'énergie, j'administrai 4 grammes d'ergot de seigle, qui ne tardèrent pas à produire l'effet désiré. Aussitôt que le travail fut en plein, je commençai les inhalations ; à dater de ce moment, le travail marcha rapidement, et la dé-

livrance s'opéra au bout d'une demi-heure, pendant laquelle la femme conserva sa connaissance. L'inhalation parut exercer une action toute spéciale sur les parties molles, qui entrèrent immédiatement dans le relachement. La durée totale du travail avait été de cinq heures. La quantité de chloroforme employée pendant une demi-heure fut de 12 grammes.

Les observations qui précèdent nous semblent suffisantes pour tracer aux accoucheurs la conduite qu'ils auront à tenir dans les cas de travail prolongé, où les femmes mal disposées à supporter des contractions insuffisantes et pourtant douloureuses, réclament les bénéfices de l'inhalation. Souscrire tout simplement alors à leur désir, ce serait ralentir encore le travail. On a dit que les hémorrhagies utérines étaient plus fréquentes dans les accouchements où l'on a employé le chloroforme que dans les autres ; je n'ai point remarqué dans ma pratique qu'il en fût ainsi. On peut toutefois craindre que l'utérus soit d'autant plus disposé à tomber dans l'inertie après la délivrance, que les douleurs auront été moins nombreuses et moins intenses, et si le chloroforme avait été employé seul en cette circonstance, la tendance à un relâchement brusque n'en serait que plus grande ; mais si l'on a employé l'ergot de seigle, on est complétement à l'abri de ce danger. Ainsi l'on voit que dans aucun des faits qui précèdent le travail, activé par l'ergot, n'a été ni suspendu ni ralenti par l'agent anesthésique ; que dans tous il a marché rapidement, et que la délivrance s'est opéré sans le moindre accident pour la mère ni pour l'enfant.

Maintenant que j'ai démontré que le chloroforme est appelé à rendre encore de très-grands services dans les cas qui semblaient l'exclure, on me permettra de rappeler, en terminant cet article, toute l'importance que j'attache à ce qu'on s'assure de la pureté de ce fluide. Si j'insiste autant sur ce point, c'est que je suis de plus en plus convaincu que, s'il manque à produire les effets qu'on en attend, c'est qu'il est impur ou détérioré. Le chloroforme est d'ailleurs de difficile conservation : on ne doit pas le garder plus d'un an et il faut le tenir constamment à l'abri de l'humidité, qui l'altérerait rapidement. Je recommande enfin aux praticiens de ne s'en fier qu'à eux-mêmes pour la pureté du chloroforme, actuellement qu'ils possèdent un moyen aussi prompt que facile, d'essayer et de purifier ce précieux agent.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 12. *Du traitement des abcès par congestion par les injections iodées* ; par M. BOINET, membre de la Société de chirurgie.

(Bulletin général de Thérapeutique, octobre 1850.)

Les abcès par congestion sont-ils aussi incurables que les auteurs classiques l'ont dit et répété ? Nous ne le pensons pas. Le traitement qu'en a formulé en ces dernières années un chirurgien sagace, M. Jules Guérin, marque un progrès incontestable. Les beaux résultats fournis par les ponctions sous-cutanées, et dont nous publions un exemple remarquable au *Bulletin des Hôpitaux* de cette livraison, ne sont pas malheureusement assez fréquents pour ne point légitimer des tentatives d'un autre ordre. Quelle sera la valeur du moyen nouveau que M. Boinet vient proposer à son tour ? C'est à l'expérimentation clinique de prononcer. Cependant les faits dont nous avons été témoin nous engagent à mettre sous les yeux de nos lecteurs une partie du travail lu à la Société de chirurgie par cet habile confrère.

J'ai démontré, dans d'autres travaux, dit M. Boinet, quelle était l'action de l'iode sur nos tissus. Pour mieux faire comprendre par quel procédé la guérison des abcès par congestion peut avoir lieu, j'indiquerai brièvement ce qu'on observe sur les parois d'un foyer purulent mis en contact avec la teinture iodique. Rappelons-nous d'abord l'anatomie pathologique des abcès en général, et des abcès par congestion en particulier. Leur cavité est revêtue d'une fausse membrane; derrière cette fausse membrane il existe une couche plus ou moins épaisse de lymphe plastique infiltrée dans le tissu cellulaire. Cette fausse membrane et cette lymphe plastique, en même temps qu'elles isolent les parties environnantes, les préservent du contact immédiat du pus et les mettent à l'abri de l'absorption. Si on injecte de la teinture d'iode sur les parois de ces abcès, son premier effet est de cautériser, de resserrer, de racornir les tissus qu'elle touche, d'agir, en un mot, comme certains caustiques. Dès lors on comprend pourquoi l'absorption n'est plus possible ; ensuite, toujours sous l'influence de la teinture iodique, il survient bientôt une véritable fluxion qui revêt les caractères de la phlegmasie la plus légère jusqu'à ceux de l'inflammation la plus violente, selon que la teinture d'iode est plus ou moins concentrée, selon que son contact a duré plus ou moins longtemps. Alors que se passe-t-il dans ces circonstances? Le sang afflue en plus grande abondance dans les parois du foyer ;

le tissu cellulaire environnant est infiltré d'une sérosité plus considérable ; il est gonflé, et tend à rapprocher les parois du foyer, qui sécrètent, ou, si l'on peut ainsi dire, suent la matière unissante qui réunit le tout en une seule masse. Alors naît l'inflammation adhésive qui sert comme de barrière à l'inflammation suppurative, en déterminant la réunion des parties qui, sans cela, deviendraient infailliblement le siége de cette dernière. Si le rapprochement du foyer a lieu dans tous ses points, si la période adhésive de l'inflammation se développe sur toutes les parois du foyer, suivant l'intention du chirurgien, sa cure radicale a lieu, et les récidives ne sont plus à craindre. Quelquefois il ne s'établit qu'une inflammation partielle, soit parce que toutes les parois de l'abcès n'ont pas été également enflammées que le gonflement n'a pas été assez considérable pour les mettre en contact, ou parce que l'inflammation, au lieu d'être restée adhésive, est allée trop loin et est devenue suppurative, soit enfin parce que le pus fourni par la carie continue à être sécrété encore, etc. Dans ces cas, lorsque la période inflammatoire est passée, il faut revenir à une nouvelle injection, et continuer ainsi jusqu'à ce que la surface cariée et les parois du foyer soient modifiées, changées, et aient revêtu des caractères qui les rendent favorables à la cicatrisation. Chose remarquable, c'est que chaque injection apporte une modification marquée sur la nature du liquide qui provient de l'abcès : après avoir présenté différents caractères et subi divers changements dans sa composition, de séreux qu'il était d'abord, il devient grisâtre, brun, couleur chocolat, fétide, puis pus de bonne nature; et enfin il se transforme en liquide séreux, en véritable lymphe, et alors la guérison a lieu. A chaque injection, on remarque la diminution de la cavité du foyer ; ses parois ont moins d'étendue, et la quantité de liquide à injecter est moins grande. Dans ces circonstances, les phénomènes de réaction sont moins prononcés.

Un autre fait qui nous a été démontré par ces injections, c'est qu'on peut se dispenser de fermer l'ouverture de la ponction ; après une injection iodée, l'introduction de l'air dans la cavité injectée ne paraît offrir aucun inconvénient. Il est probable que l'innocuité de l'air, dans les foyers soumis aux injections iodées, vient de ce que les parois de ces foyers ne sont plus susceptibles d'absorption par suite de la modification qu'elles subissent par le contact de la teinture iodée, et probablement aussi parce qu'il n'existe plus de liquide purulent qui puisse être altéré par l'air. On sait avec quelle rapidité se remplit de nouveau un foyer purulent qu'on vient de vider, et quels grands dangers il y a à laisser ces foyers en communication avec l'air extérieur. Ces dangers

ne sont plus à craindre après l'injection iodée ; car si les parois du foyer n'absorbent plus, elles ne sécrètent que très peu, au moins dans les premiers jours qui suivent l'injection. Il en résulte donc que l'air qui peut s'introduire dans un foyer purulent ne peut pas vicier le pus qui n'y existe plus ; qu'il n'y a plus par conséquent d'altération, de viciation et d'absorption possibles du pus, et qu'enfin ces accidents si terribles d'infection purulente, de résorption et d'infection putrides n'ont pas lieu. Il est bon, sans doute, de prendre toutes les précautions conseillées pour les ponctions sous-cutanées, mais la plupart des faits que nous avons observés nous ont appris que ces précautions ne sont pas indispensables, surtout après les deux ou trois premières injections.

Avant de rapporter des observations particulières, un mot d'abord sur le temps où il convient d'ouvrir les abcès par congestion. On le doit faire le plus tôt possible, dès qu'on y sent de la fluctuation. Boyer a donné d'excellentes raisons de cette manière de faire, raisons que nous approuvons tout à fait, mais sous un autre point de vue que ce grand chirurgien Dans ces sortes d'abcès, dit-il, le danger vient de l'étendue de la carie et de la grandeur du foyer purulent. Au commencement de la maladie, la carie a peu d'étendue, mais elle augmente peu à peu, à mesure qu'on s'éloigne du moment où le mal s'est montré ; en sorte que, quand la maladie est ancienne, on trouve, à l'ouverture du corps, les vertèbres cariées dans une large surface. De même l'étendue du foyer est d'abord peu considérable, et la quantité du pus qu'il contient médiocre; mais la quantité de ce liquide augmente de jour en jour, ainsi que la grandeur du foyer qui le renferme. En considérant les abcès par congestion sous ce double rapport de l'étendue de la carie et de la grandeur du foyer purulent, on voit clairement qu'ils doivent être d'autant plus graves et plus dangereux qu'ils sont plus anciens et plus volumineux; car, d'un côté, on peut d'autant moins espérer la guérison de la carie, qu'elle a fait des progrès plus considérables; et, de l'autre, l'étendue du foyer rend le rapprochement de ses parois moins facile, la suppuration plus abondante. Si l'on joint à ces raisons si justes l'affaiblissement progressif de la constitution du malade, il est évident que plus les parois seront étendues, plus leur rapprochement, leur adhésion et leur cicatrisation offriront de difficulté, plus aussi la guérison de la carie sera longue et difficile.

Quant à la quantité de teinture d'iode à injecter, elle varie suivant l'étendue du foyer ; mais elle doit être suffisante pour pouvoir pénétrer dans toutes les anfractuosités du foyer, les toucher, les imprégner pendant quatre ou cinq minutes au moins ;

après quoi on en laisse s'écouler la plus grande partie, écoulement qui se fait quelquefois difficilement, car la teinture d'iode produit sur le pus et sur le sang une espèce de coagulum qui souvent bouche la canule du trocart et empêche le liquide injecté de sortir; mais quand cette sortie ne peut avoir lieu facilement, on peut sans inconvénient laisser dans le foyer le quart ou le tiers de l'injection.

La composition de l'injection peut varier aussi : on peut dire d'une manière générale qu'on doit donner la préférence à la teinture d'iode mélangée de parties égales d'eau, et qu'on doit y ajouter un peu d'iodure de potassium pour rendre plus complète la dissolution de l'iode ; ainsi, nous avons l'habitude d'ajouter 4 grammes d'iodure de potassium pour 100 grammes de teinture alcoolique d'iode. Nous faisons toujours nos deux ou trois premières injections en ajoutant à la teinture d'iode parties égales d'eau ; mais dans les injections suivantes, nous employons souvent la teinture d'iode pure. Jamais nous n'avons vu survenir le plus petit accident, même dans de vastes foyers. Les faits d'ailleurs parleront plus haut que les raisonnements. Voici quatre observations d'abcès par congestion produits par une carie des os et ayant un siége différent, qui ont été radicalement guéris par la teinture d'iode en injections.

L'espace nous manque pour rapporter les diverses observations lues à la Société de chirurgie par M. Boinet; nous les résumerons rapidement ; plusieurs d'entre elles d'ailleurs ont été déjà publiées.

La première de ces observations est celle d'un ancien huissier, âgé de trente-huit ans, dont l'abcès par congestion, dépendant d'une carie de l'articulation coxo-fémorale, datait de plusieurs années. La maladie avait résisté à tous les traitements mis en usage par les praticiens les plus éclairés de Paris et MM. les professeurs Roux et Velpeau, avant que M. Boinet tentât l'emploi des injections iodées. Au bout de huit mois de ce nouveau traitement, dans lequel les injections furent répétées tous les sept ou huit jours, tantôt dans tous les trajets fistuleux à la fois, tantôt dans quelques-uns seulement, la guérison eut lieu par ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Malgré une claudication causée par une différence de plus de deux pouces entre les deux membres, le malade, grâce à un talon élevé, peut marcher sans fatigue.

La seconde observation n'est pas moins intéressante : elle a rapport à une demoiselle âgée de trente-huit ans, chez laquelle un abcès froid s'était manifesté à la partie inférieure de la co-

lonne vertébrale. Les premiers symptômes remontaient à quatre années de date, et pendant plus de deux années avaient été considérées comme douleurs produites par une névralgie sciatique. M. Boinet, appelé à donner son avis au mois d'août 1847, constata une tumeur fluctuante siégeant au-dessus de l'intervalle qui sépare les deux fesses vers le point d'union du coccyx avec le sacrum. La marche du développement de cette tumeur, et plus tard l'introduction d'un stylet, montrèrent que cet abcès était le résultat d'une carie osseuse. (C'est un nouvel exemple de douleurs sciatiques symptomatiques prises pour une névralgie essentielle.) Huit injections iodées, pratiquées du 8 août au mois de janvier, amenèrent la guérison de la malade.

La troisième observation est empruntée à un mémoire sur les injections iodées, de M. Abeille, médecin en chef de l'hôpital de Givet. Ce travail, couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse, contient, en effet, le cas d'une jeune fille de vingt-un ans, que ce médecin a guérie, en quelques mois, d'abcès par congestion produits par la carie de plusieurs vertèbres cervicales : il est publié dans le numéro de juin 1849 de la Revue médicale.

La dernière observation, enfin, est celle d'un enfant que M. Boinet a présenté à la Société de chirurgie ; nous la reproduisons *in extenso*.

Carie de la colonne vertébrale, gibbosité, vaste abcès par congestion. — Cinq injections iodées. — Guérison.

Au mois de novembre 1849, je fus appelé en consultation par M. Martin, pour Léon Manetche, âgé de neuf ans, demeurant rue Saint-Dominique-Saint-Germain, n° 108. Cet enfant, quoique d'une constitution faible, chétive, n'a jamais été gravement malade. Les affections qu'il a subies sont celles communes à l'enfance, la rougeole, la scarlatine, des gourmes dans la tête, etc.

Il y a environ deux ans, il ressentit, dans la cuisse droite, une douleur dont on ignore la cause. Cette douleur n'était disparue que depuis cinq mois, lorsqu'en jouant, à l'école, il fit une chute. C'était vers la fin de mars 1849. Cette chute, dont il ne se plaignit pas d'abord, ne l'empêcha pas d'aller à l'école et de jouer comme d'habitude. Seulement, il éprouvait de la douleur dans les reins, et cette douleur n'était jamais si sensible que lorsqu'il voulait se baisser ou se relever. D'ailleurs, il jouissait d'une santé parfaite, était fort agile pour son âge.

Le 1er mai 1849, deux mois environ après la chute qu'il avait faite, la mère remarqua une saillie assez prononcée vers le bas du dos, le long de la colonne vertébrale. Il fut alors confié aux soins de M. Martin, qui le fit placer sur un lit préparé *ad hoc*, et maintenu par des courroies. A cette époque, il n'existait aucun signe d'abcès par congestion.—Il n'existait non plus aucune douleur dans la région dorsale ni dans les parties environnantes; plus tard, le développement de la fesse et de la partie supérieure et postérieure de la cuisse droite annonça la formation d'un abcès par congestion, qui devint considérable en quelques mois.

Le 18 novembre 1849, époque où je le vis pour la première fois, cet enfant était dans l'état suivant :

D'une constitution faible, lymphatique, d'une pâleur et d'une maigreur extrêmes, d'une santé détériorée, il avait conservé de l'appétit et mangeait bien, et n'avait pas de dévoiement. La peau est sèche, chaude, et le pouls fébrile. Il ne tousse pas ; mais, dans le poumon droit, la respiration est rude et moins bonne que dans le poumon gauche. Il a tous les signes d'un facies scrofuleux porté au dernier point. En le faisant coucher sur le ventre, ce qu'il fait avec peine, on voit, vers la onzième ou douzième vertèbre dorsale, une saillie anguleuse très-prononcée, formée par l'une de ces vertèbres. La peau qui recouvre cette saillie est saine ; mais, à 7 ou 8 centimètres en dehors et un peu au-dessous du côté droit, il existe une tumeur peu élevée, mal circonscrite, à large base, et au centre de laquelle on sent une fluctuation évidente. De ce côté, la fesse est plus volumineuse que la gauche, et sa partie inférieure, ainsi que la partie supérieure de la cuisse, sont le siége d'un gonflement énorme et d'une fluctuation qui s'étendent jusqu'à la partie interne et moyenne de la cuisse. En un mot, il existe un vaste abcès, qui semble s'étendre de la face externe et supérieure de l'os des iles jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, en passant en arrière sous les muscles fessiers. Le toucher indique qu'il existe une grande quantité de liquide, qu'il est facile de faire refluer d'un point dans un autre en pressant alternativement avec les deux mains sur les limites opposées de cette vaste collection purulente. La peau n'est amincie dans aucun endroit, et a conservé partout sa couleur naturelle.

Le 18 novembre 1849, en présence de MM. Martin et Hutin, chirurgiens en chef des Invalides, je fis avec un trocart une ponction qui donna issue à plus d'un litre et demi d'un pus clair, séreux, semblable, en un mot, à celui des abcès froids. Par des pressions faites convenablement, je cherchai à vider ce foyer de toute la matière purulente qu'il contenait ; et, par la canule de

trocart que j'avais laissée en place, j'injectai environ 120 grammes de teinture d'iode, composée comme il suit :

Teinture alcoolique d'iode. . .	ãã 60 grammes.
Eau.	
Iodure de potassium.	2 grammes.

Cette injection séjourna environ cinq minutes dans le foyer, puis j'en laissai écouler environ les trois quarts, après avoir malaxé, pressé toutes les parties, dans le but de mettre cette injection en contact avec toute la surface des parois de l'abcès. La canule du trocart, que j'avais enfoncé à 2 centimètres de la base du foyer, sous les parties saines, fut retirée, et un morceau de diachylum appliqué sur la piqure ; puis des cataplasmes furent appliqués, pour prévenir et combattre l'inflammation, s'il en survenait, ce qui n'arriva pas. Il n'y eut pas la moindre réaction. L'injection ne fut nullement douloureuse, et le malade ne s'en plaignit, ni le jour de l'opération, ni les jours suivants. Il fut en même temps soumis à un régime tonique, à l'usage de l'huile de foie de morue et de pilules ferrugineuses.

Deux jours après cette injection, le kyste purulent paraissait aussi rempli qu'au moment de la ponction, la fluctuation était aussi manifeste ; les parties molles aussi tendues, et tout annonçait qu'un nouveau liquide s'était épanché ; mais le malade n'en éprouvait rien de fâcheux ; l'appétit et le sommeil étaient aussi bons que d'habitude, et les digestions se faisaient également bien.

Le 28 novembre, dix jours après la première injection, j'en fis une seconde, après avoir fait une ponction comme la première fois, mais à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la première, qui était entièrement cicatrisée, et n'avait donné lieu à aucun suintement. Cette fois, le liquide qui sortit par la canule n'était plus clair, ni séreux, ni semblable à du pus d'abcès froid : il était grisâtre, couleur chocolat, exhalant une odeur fétide, et en quantité moitié moins grande que la première fois, quoique la collection purulente parût aussi considérable qu'au moment de la première ponction ; cette différence venait, probablement, de ce que les parois du foyer purulent avaient éprouvé un gonflement inflammatoire qui avait diminué la capacité de l'abcès. Une nouvelle injection iodée, composée comme la première, et de 60 grammes seulement, fut pratiquée. Les mêmes précautions furent prises pour faire pénétrer le liquide injecté dans les anfractuosités de l'abcès, et des cataplasmes furent appliqués. Cette fois, au bout de vingt-quatre heures, il se développa une inflammation assez intense ; toutes les parties extérieures cor-

respondant à l'abcès se tuméfièrent, devinrent chaudes, douloureuses, et le siége d'élancements. Le malade eut de la fièvre, de la soif, de l'insomnie, etc... Tout ce cortége d'accidents inflammatoires ne dura que vingt-quatre heures, et céda assez promptement aux émollients, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Puis, peu à peu, tout revint à l'état ordinaire ; la fesse et la cuisse diminuèrent de volume, et l'abcès semblait guéri au niveau de la fesse et dans toute la partie postérieure de la cuisse, là où la fluctuation avait toujours été le plus sensible. Depuis ce moment, d'ailleurs, la guérison ne s'est pas démentie dans ces parties. A la partie interne supérieure et moyenne de la cuisse et à la portion inférieure du dos, il existait encore de la fluctuation, et même, dans un point, la peau était rouge, amincie, et menaçait de s'ouvrir.

Le 14 décembre, avec une lancette, j'ouvris cet abcès, d'où sortit encore en assez grande quantité, un pus grisâtre, de mauvaise nature, très fétide. Le foyer de cet abcès communiquait encore avec celui du dos qui se vida, comme les autres fois. 30 grammes de teinture iodée purent pénétrer par l'ouverture faite à la cuisse par la lancette. Le malade avait été placé la tête plus basse que le reste du tronc, et de telle façon que le liquide injecté pût descendre, par son propre poids, dans le foyer de l'abcès situé au dos. Cette nouvelle injection, pour laquelle on ne prit aucune précaution pour empêcher son écoulement, si ce n'est la position du malade, ne causa aucune douleur, et n'amena aucun accident. Pendant les premiers jours, un pus sanieux, couleur chocolat, s'écoula par l'ouverture de la lancette, puis il devint de meilleure nature, diminua de quantité et devint séreux ; la cuisse avait repris son volume et sa forme normale ; les parois de ce foyer semblaient être recollées dans toutes ses parties inférieures. Le malade avait continué de rester couché, la tête et les épaules plus basses que le bassin, et les membres de façon que le liquide purulent remontait vers sa source. A la partie inférieure du dos, au niveau en dehors des premières vertèbres lombaires, du côté droit, derrière la surface interne et postérieure de l'os des îles, était encore une tumeur où la fluctuation était très-sensible. Avec une lancette j'ouvris cet abcès dans la région lombaire : du pus rougeâtre, couleur chocolat et fétide, s'écoula aussitôt ; après avoir vidé ce foyer, je fis, par l'ouverture de la lancette, une injection d'environ 15 à 20 gram. de teinture iodée. Cette fois, j'employai la teinture d'iode pure : c'était le 22 décembre 1849.

Cette injection ne ressortit pas. Quelques bulles d'air et du

liquide de l'injection étant venues à sortir par l'ouverture fistuleuse de la cuisse, m'apprirent qu'il y avait encore communication entre les parties supérieures et inférieures de l'abcès, mais une communication difficile, car il sortit peu du liquide injecté. Cette nouvelle injection fut aussi simple que la précédente, et il ne survint rien qui mérite d'être noté. Des cataplasmes furent continués, et le malade continua de se lever, ce qu'il faisait depuis huit jours. Seulement, lorsqu'il était couché, on lui tenait toujours la partie supérieure du tronc plus basse que le reste du corps. A chaque pansement, du pus d'abord rougeâtre, s'écoulait par l'ouverture du dos, puis jaunâtre, puis séreux, et en diminuant de quantité chaque jour. Le 30 décembre, un stylet introduit par l'orifice fistuleux de la région lombaire, en pénétrant à 5 ou 6 centimètres de profondeur, en plusieurs directions, m'apprit qu'il y avait au fond un décollement d'une étendue de 3 à 4 centimètres, à partir du centre à la circonférence; une nouvelle injection de teinture pure d'iode fut poussée par l'ouverture fistuleuse, environ 10 grammes; cette fois encore, je n'essayai point de faire ressortir cette injection; les jours suivants, une légère compression fut établie sur ce point; peu à peu la suppuration diminua, et se borna à une espèce de suintement séreux qui dura plusieurs mois et tachait à peine le linge du pansement. Le traitement interne fut continué, de même que l'exercice et la bonne nourriture, et l'amélioration générale de la santé a été promptement sensible. Au commencement d'avril, il offre une vigueur, une force et un embonpoint remarquables, et reste debout toute la journée, se promène, joue, marche et court sans se fatiguer. Le suintement de l'orifice fistuleux du dos reste souvent plusieurs jours sans avoir lieu, puis il reparaît un ou deux jours, pour disparaître encore; une croûte se forme, et la guérison paraît complète.

Je le revois le 25 juillet; le suintement dont j'ai parlé n'a pas eu lieu depuis au moins six semaines; toutes les ouvertures faites à la fesse, à la cuisse et au dos sont cicatrisées; quelquefois elles se recouvrent de croûtes qui tombent d'elles-mêmes, se reforment, mais sans apparence d'aucun suintement; toutes les parties où siégeait ce vaste abcès ont repris leur forme et leur aspect naturels. La santé de cet enfant est très-bonne, il est sur les jambes toute la journée, se livre à tous les jeux de son âge sans en éprouver de fatigue, n'éprouve de douleurs ni dans les jambes ni dans la colonne vertébrale, qui conserve toujours la gibbosité dont j'ai parlé, mais moins saillante; l'appétit, la digestion, le sommeil sont excellents. Outre les forces

et l'embonpoint qu'il a pris depuis quelques mois, il a grandi d'une manière notable.

Si chez cet enfant nous avions suivi les méthodes anciennes, si nous avions abandonné cet abcès à lui même, ou si nous l'avions ouvert, peu importe par quel moyen ou procédé, il n'est pas douteux qu'il n'eût succombé promptement ; car il était arrivé à un état de dépérissement tel, qu'il ne pouvait plus se remuer, ni quitter le lit depuis plusieurs mois ; c'était le pronostic des honorables chirurgiens qui m'ont confié le petit malade. Grâce à quelques injections d'iode, cet enfant a été guéri en quelques mois.

En lisant ces observations, vous avez vu comment on peut pratiquer ces injections, suivant que les abcès par congestion ne sont pas encore ouverts, ou qu'ils sont fistuleux. Dans le premier cas, on pratique une ponction à la base de la tumeur, dans la partie la plus déclive, avec la précaution, avant d'arriver dans le foyer purulent, de traverser 2 ou 3 centimètres de parties saines. On vide autant que possible, tout le foyer du pus qu'il contient, et on fait ensuite l'injection iodique ; puis, pour que ce liquide touche tous les points du foyer, pendant quatre ou cinq minutes que je le laisse séjourner dans le kyste purulent, j'ai le soin de malaxer, de pétrir légèrement les parties, de mettre le malade dans des positions telles que la teinture d'iode puisse pénétrer également partout. J'en laisse sortir la moitié, les trois quarts, plus ou moins, suivant les cas et la grandeur de l'abcès, suivant la facilité de son écoulement. Je n'ai jamais remarqué d'inconvénient à laisser dans le foyer une certaine quantité de teinture d'iode ; on y est d'ailleurs bien forcé, car l'écoulement de l'injection devient souvent difficile, à cause du coagulum qui se forme sous son influence. Cela étant fait, je fais sortir l'air par des pressions faites avec soin, et je mets sur la piqûre du trocart un morceau de diachylon. Immédiatement après, des cataplasmes de farine de graine de lin sont appliqués par mesure de précaution pour prévenir l'inflammation. En général, les symptômes de réaction sont nuls ou peu prononcés. Les douleurs produites par l'injection sont plus ou moins vives, suivant l'Idiosyncrasie des individus ; quelquefois elles n'ont pas lieu, ce qui n'empêche pas l'action de la teinture iodée sur les parois du foyer. Peu à peu le foyer se remplit de nouveau, et au bout de quelques jours l'abcès a repris son volume primitif ; mais bien qu'il paraisse aussi volumineux que la première fois, il contient souvent moitié moins de matière purulente qu'à la première ponction, les parois irritées, infiltrées de sérosité s'étant rappro-

chées par suite de leur gonflement, et ayant diminué d'autant la cavité du foyer. Je pratique une seconde ponction et une seconde injection aussitôt que la fluctuation devient évidente, qu'il y ait ou non des symptômes d'inflammation. Si le foyer s'oblitère partiellement et qu'il n'y ait de fluctuation que dans certains points, c'est sur le centre de cette fluctuation, dans l'endroit où elle est le plus évidente, que je pratique, avec le bistouri ou la lancette, une ponction assez large pour permettre l'introduction de l'extrémité de la seringue. Cette manière de faire me paraît avantageuse, parce qu'elle permet souvent d'injecter de la teinture d'iode directement sur la carie, chose importante pour modifier l'irritation du tissu osseux et hâter sa guérison. Je redoute si peu l'entrée de l'air dans le foyer, après deux ou trois injections, que je ne prends même pas la précaution de fermer la piqûre ou l'incision avec un emplâtre de diachylon. Alors le pus coule facilement au dehors et l'ouverture reste fistuleuse.

Je pense qu'il faut évacuer assez souvent le pus, et aussitôt qu'il s'en amasse de nouveau, c'est-à-dire tous les huit ou dix jours; c'est qu'en effet le pus, dans ces grands foyers, tend à irriter, non seulement par sa pression et par ses qualités propres, mais aussi comme corps étranger sécrété dans un point et descendant dans un autre. Chaque injection amène des phénomènes dignes d'être notés, et au bout de deux ou trois injections, souvent auparavant, les parois du foyer sont modifiées, transformées, et offrent les caractères d'un véritable kyste. La matière qu'elles sécrètent subit aussi des modifications sensibles, et le pus, après avoir passé par différents états, est bientôt remplacé par de la sérosité. Ces injections répétées ont donc profondément modifié et les parois des abcès et le liquide qu'elles sécrètent.

Dans les abcès fistuleux, je procède de la même manière, et prends toutes les précautions pour faire pénétrer la liqueur iodique dans tous les recoins et toutes les sinuosités, et l'empêcher de ressortir, ce qui n'est pas toujours facile. On peut, dans certains cas, se servir d'une sonde en gomme élastique, qu'on pousse jusqu'au fond du foyer, et à l'aide de laquelle on pratique l'injection, en même temps qu'elle permet de porter le liquide jusqu'au fond de l'abcès, elle l'empêche de ressortir par l'ouverture fistuleuse qu'elle bouche plus ou moins complétement.

La position à donner au malade est aussi très importante dans ces cas. On le place de telle façon, que l'orifice fistuleux soit plus élevé que le fond; avec ces précautions le liquide injecté peut

pénétrer, par son propre poids et par l'impulsion de la seringue, jusqu'au fond de la fistule ou de l'abcès fistuleux.

Jusqu'ici je n'ai parlé que du traitement local, mais il ne faut pas perdre de vue qu'en guérissant l'affection locale il y a un état général, souvent cause efficiente du mal, à changer et à améliorer. Dans ce but, il faut soumettre les malades à un régime fortifiant et nutritif, éloigner toutes les causes qui peuvent affaiblir ou détériorer les forces vitales. Pour arriver à ce résultat, qu'on doit rechercher dans les affections de cette nature, jamais je ne mets les malades à la diète, même le jour de l'opération. Je les engage à continuer leur régime ordinaire, s'il est bon Dans le cas contraire, je leur en prescris un substantiel, en même temps que je les soumets aux préparations ferrugineuses, à l'iodure de fer, à l'huile de foie de morue, etc.; je les tiens au lit le moins possible, et, dès que leurs forces le permettent, je les fais lever et marcher comme ils le peuvent ; ou s'ils marchent encore au moment où ils sont opérés, je me garde bien de les condamner au repos, en leur faisant prendre le lit.

En résumé, les conclusions à tirer de tous ces faits sont faciles: ils prouvent d'abord qu'on peut guérir en quelquelques mois, à l'aide des injections iodées, répétées et faites convenablement, des maladies qui le plus souvent ne cèdent ni aux remèdes locaux ni aux remèdes généraux qu'on a employés jusqu'à ce jour. Ensuite la simplicité de ce moyen fait son apologie ; il n'a rien de cet aspect redoutable qui souvent fait préférer aux malades les infirmités qui les accablent et les tuent, à des guérisons douteuses, mais que la chirurgie ne peut leur donner que par des moyens douloureux. Ces injections iodées, dans les cas de carie, sont donc des secours que les malades accepteront sans répugnance. Cette prérogative les rend infiniment recommandables. Si elles sont toujours aussi certaines dans leurs effets qu'elles sont faciles à pratiquer, l'art trouvera en elles le plus précieux des avantages, à cause de la petitesse des ouvertures par lesquelles elles peuvent communiquer et parvenir jusqu'aux lieux qui les demandent.

---

13. *De l'amaurose dans la néphrite albumineuse ;* par M. H. LANDOUZY, professeur à l'École de médecine de Reims, etc.

Suite et fin : *voir* t. XI, novembre 1849, p. 141.

(Gazette médicale de Paris, N° 43 ; 1850.)

Opinionum commenta delet dies, naturæ judicia confirmat.

Plusieurs praticiens éminents, et entre autres MM. les professeurs Roux à Paris, Forget à Strasbourg, Florent Cunier à Bruxelles, ayant, aussitôt la publication de mon mémoire, confirmé par les faits les plus catégoriques la coexistence de l'amaurose (1) et de la maladie de Bright, j'avais résolu de laisser au temps le soin de dissiper les doutes qu'entraîne nécessairement toute proposition éloignée des idées reçues. Mais une néphrite albumineuse, que j'ai actuellement sous les yeux, m'explique d'une manière si frappante comment ont pu se produire plusieurs faits négatifs, que je dois indiquer les sources d'erreurs, sous peine d'entendre nier les troubles de la vue, alors qu'ils deviendraient des plus manifestes, si les malades étaient soumis à un examen suffisamment répété et approfondi.

Voici, avant d'aller plus loin, les principales circonstances de ce fait, qu'ont observé avec moi mes savants confrères Henrot et Wyslouch, et les principaux élèves de la clinique.

OBS. — Le nommé V..., ouvrier teinturier, âgé de 20 ans, d'une constitution robuste, d'habitudes sobres et régulières, n'a jamais eu d'autre maladie que des accès de fièvre intermittente, il y a trois ans, et un rhumatisme articulaire, il y a dix-huit mois. Hors quelques douleurs aux genoux, dans les changements de temps, il avait une très-bonne santé et travaillait assidûment, lorsque, le 1er janvier 1850, il éprouve tout à coup, le matin, un léger malaise qui cependant ne l'empêche ni de sortir toute l'après-midi, ni de travailler les jours suivants toute la journée.

Le 3 janvier, à dix heures du matin, V... étant à son atelier, est pris, sans cause appréciable, d'un vomissement abondant ; il

(1) Ainsi que j'ai pris soin de le dire dans mon premier mémoire, j'emploie le mot *Amaurose* pour éviter toute périphrase, et pour ne pas fabriquer d'expression nouvelle. L'acception étymologique du mot (ἀμαυρός, obscur) répond suffisamment, du reste, à la signification que je lui donne ici.

Tantôt, en effet ce trouble de la vue se manifeste sous forme de diplopie, d'hemiopie, de nyctalopie, d'hémeralopie ; tantôt sous forme de faiblesse, tantôt sous forme d'exaltation momentanée, de sensibilité douloureuse, etc., etc.

Comme, à moins de faire une ligne de grec, il était impossible de trouver une expression qui signifiât toutes ces choses, j'ai pris le mot *Amaurose*, consacré déjà pour des symptômes analogues, et qui ne préjuge rien sur la nature de la maladie.

dîne néanmoins à midi, vomit de nouveau après le repas, retourne à son atelier jusqu'à sept heures, soupe avec appétit, et vomit encore pendant la nuit.

Le lendemain 4, V... travaille comme d'habitude, sans la moindre indisposition.

Le 6, ses parents s'aperçoivent qu'il a la figure enflée ; le soir, on remarque du gonflement aux jambes, et un sillon profond produit au-dessus du mollet par les cordons du caleçon.

V... n'éprouvait cependant aucun malaise, et il continuait avec la même assiduité ses travaux à l'usine, lorsque, le 11 janvier, son père, qu'il avait remplacé toute la semaine dans la direction de la teinturerie, revient à l'atelier, et trouve complétement manquées toutes les pièces teintes pendant son absence.

Les nuances à donner aux étoffes étaient celles qu'il avait données déjà cent fois auparavant, et comme on ne pouvait attribuer cet accident à l'inhabileté, V... avoue qu'il a la vue trouble depuis une huitaine de jours ; quoiqu'il assure que, malgré cet accident, il peut continuer à travailler, qu'il a toutes ses forces, etc., on l'engage à retourner chez lui pour se faire soigner.

Le lendemain 12, le médecin, M. Labbée, ordonne des frictions générales avec l'eau sédative, et des onctions avec la pommade camphrée ; le 13, un vomitif ; le 14, un purgatif ; les 15, 16 et 17, des bains de vapeur ; les 18, 19 et 20, des frictions et des onctions avec l'eau et la pommade Raspail.

Comme l'œdème général augmentait beaucoup, qu'il était survenu une toux violente et des mouvements de suffocation pendant la nuit, etc., le chef de la fabrique, M. L..., me fait appeler, le 20, à quatre heures du soir.

Le malade est levé depuis plusieurs heures ; tout le corps est énormément gonflé, excepté les membres supérieurs ; le gonflement de la face est surtout prononcé au menton ; les bourses et le pénis causent une grande gêne au malade par l'œdème considérable dont ils sont le siége. La peau est partout d'un blanc mat.

Intelligence parfaite, pas de céphalalgie, langue un peu sèche ; pas d'appétit, peu de soif ; pas de nausées ni de vomissements ; selles naturelles ; pouls régulier, plein, résistant, 80 pulsations ; bruits de soufflet systolique s'étendant dans les carotides. Matité, absence de respiration, égophonie, etc., dans les deux tiers inférieurs du côté gauche.

Violentes douleurs depuis le matin, et pour la première fois, dans la région lombaire. L'urine, brune, transparente, en quantité normale, donne par la chaleur et par l'acide azotique, un pré-

cipité blanc, soluble dans la potasse, et qui, au bout de dix-huit heures de repos, occupe la moitié du tube.

Le malade, interrogé sur l'état actuel et antérieur de la vue, m'assure *qu'il voit très-bien et qu'il a toujours très bien vu.* J'insiste par de nouvelles questions, et toujours le malade me répond : « *Je vois très bien* ; je vous parais peut être ne pas voir d'une « manière nette, parce que je suis myope et un peu louche de « naissance, mais je vois parfaitement et j'ai toujours parfaite- « ment vu. »

Effectivement, je fais lire le malade et il lit de la manière la plus distincte des caractères assez fins. Frappé de cette exception, je reviens le lendemain prendre l'observation dans tous ses détails, et ce n'est que lorsque j'insiste près du malade pour savoir pourquoi, n'éprouvant ni faiblesse ni malaise, il a quitté son atelier le 11 janvier, qu'il me répond : « *J'ai abandonné l'atelier parce qu'on était forcé de recommencer toutes les pièces que j'avais teintes.* » — « Mais alors, vous aviez donc la vue trouble ? » — « Je voyais bien, mais je me trompais de nuances. » — « Est-ce parce que vous êtes myope ? » — « Non, car c'étaient des nuances que j'avais l'habitude d'assortir parfaitement ; mais j'avais comme un brouillard devant les yeux, surtout au grand jour ; dans la rue, j'étais obligé de mettre beaucoup d'attention, afin d'éviter les passants et les voitures. » (Saignée de 500 grammes.)

Le 21, le malade a passé une bonne nuit ; le sang n'offre pas de couenne. Le dépôt albumineux formé la veille occupe la moitié du tube. (Eau de Seldlitz ; large vésicatoire au côté gauche.)

Le 22, la matité est moindre ; le murmure respiratoire reparaît ; le gonflement de la face diminue ; l'œdème des bourses et des extrémités inférieures est aussi prononcé.

Le 23, trouble considérable de la vue, d'une à huit heures du matin. Le malade nous dit qu'il voit très clairement depuis huit heures, mais que pendant la nuit *l'obscurcissement de la vue était tel qu'il ne pouvait distinguer ni les personnes placées près de son lit, ni même les tasses de boisson qu'on lui présentait.*

Depuis cette époque jusqu'au 1er mai, c'est-à-dire pendant trois mois, l'état du malade est toujours resté à peu près le même, malgré le traitement le plus énergique et le plus varié. (Limonade sulfurique ; eau de Vichy ; purgatifs drastiques ; digitale à haute dose ; ferrugineux ; vésicatoires répétés sur la colonne vertébrale, etc., etc.)

L'appétit a toujours été bon, la fièvre nulle.

L'urine, acide, en quantité normale, a toujours été plus ou moins brune, et semblable en générale au bouillon de bœuf, pour

la couleur et pour l'odeur. Le dépôt albumineux a varié entre un quart au minimum et moitié au maximum, de la quantité d'urine, en volume, après vingt-quatre heures de repos.

L'œdème a presque toujours été général, mais il était cependant plus prononcé, tantôt à la face, tantôt au thorax, tantôt aux jambes, tantôt à l'abdomen, tantôt aux bourses ; on le voyait diminuer rapidement dans une région, à mesure qu'il augmentait dans une autre.

Ces variations de l'œdème étaient quelquefois telles qu'en moins d'une heure les bourses acquéraient le volume de la tête d'un enfant.

Jamais il n'a été possible d'établir de relation entre les variations de l'œdème et les variations de l'albumine.

La vue a été, tantôt très-nette, tantôt très-trouble, sans que les yeux aient jamais cessé d'être limpides, et sans que les pupilles aient présenté de modifications appréciables. Pendant une quinzaine de jours, le malade lisait sans la plus légère fatigue ; puis, les quinze jours suivants, la moindre attention le fatiguait, la lumière naturelle ou artificielle lui causait une impression douloureuse. Jamais il n'était possible d'observer ni aucune périodicité, ni aucune relation précise entre l'état de la vue et la quantité d'albumine ou l'œdème.

Ainsi du 18 au 22 mars, dès que le malade voulait lire les premières lignes d'une page, ses yeux se portaient malgré lui sur les dernières. Le soir arrivé, il était obligé de se cacher dans son lit pour ne pas voir la bougie, et si par hasard on s'approchait de lui avec une lumière, il se plaignait de recevoir comme un coup violent dans les yeux.

A cette époque, cependant V. était beaucoup plus fort que, dans la dernière quinzaine de janvier, alors qu'il avait la vue très-nette, et que la lumière ne lui causait aucune impression pénible.

L'état du malade restait donc à peu près le même depuis trois mois, lorsque, dans les premiers jours de mai, je lui prescrivis un bain de vapeur tous les deux jours à l'aide de la lampe à alcool), et pour boisson exclusive, entre les repas, la limonade azotique à la dose de 500 à 700 grammes.

Soit simple coïncidence, car le même traitement a échoué chez d'autres malades, soit heureuse influence de ces moyens, c'est à dater de ce moment que l'œdème disparaît insensiblement de toutes les régions du corps, en commençant par les régions supérieures, et que l'albumine, qui n'avait jamais formé moins du quart de l'urine, en volume, forme seulement le sixième, et enfin le dixième.

La vision n'éprouve plus aucun trouble, et, le 1er juin, V... n'ayant plus qu'un peu de gonflement aux jambes, retourne à son atelier, d'abord pour s'y distraire par une occupation sans fatigue, et bientôt pour y reprendre ses travaux habituels qu'il n'a pas interrompus depuis.

V... n'a jamais pris, par jour, moins d'une demi bouteille de limonade azotique (35 gouttes d'acide par bouteille d'eau sucrée). Il a continué à prendre cette limonade tous les jours, et un bain de vapeur tous les deux jours jusqu'au 15 juillet.

Les urines, examinées tous les jours pendant les six premiers mois, et tous les huit jours ensuite, ont continué à donner et donnent encore aujourd'hui, 1er octobre, un dixième de coagulum albumineux ; mais la santé, les forces, la vue, etc., n'ont pas éprouvé, depuis le 1er juin, la moindre atteinte.

Ce qui frappera principalement dans cette observation, c'est le trouble de la vue survenu dès le début même de l'affection, trouble qu'on ne peut attribuer ni à la faiblesse, puisque le malade est aussi fort que d'habitude ; ni aux troubles généraux produits par la maladie, puisque l'amaurose disparaît plus tard, quand les troubles généraux sont plus intenses ; ni aux remèdes employés, puisqu'il n'y avait point encore eu de traitement.

Mais ce que je veux signaler surtout, c'est la difficulté d'arriver, dans ce cas pourtant très-simple, à constater un phénomène aussi manifeste. Or si, près d'un homme intelligent, j'ai eu tant de peine à constater ce symptôme, moi qui avais intérêt à le trouver, que sera-ce près des malades à qui on se borne à demander : Voyez-vous bien ? avez vous toujours bien vu ? surtout quand des idées préconçues font douter d'avance de la réalité du phénomène à étudier.

Ajoutez à cela que les malades attribuent le plus souvent ce trouble des yeux à la faiblesse, à la douleur, à la diète, au traitement, etc. ; qu'en général ils y prêtent peu d'attention, et qu'ils l'ont naturellement oublié, lorsque, quelques mois plus tard, ils sont interrogés sur les circonstances qui ont marqué le début des accidents.

Telle est la raison pour laquelle plusieurs observateurs habiles n'ont pas constaté d'amaurose chez les albuminuriques. Beaucoup de malades, en effet, ne sachant pas lire ou ne lisant pas, et beaucoup exerçant rarement leur vue sur des objets de petite dimension, il devient difficile d'apprécier les troubles de la vision. Ces troubles ont pu être très-prononcés au début de la maladie, sans que le malade ait eu occasion de s'en apercevoir ; ils ont pu diminuer plus tard, la néphrite albumineuse existant encore,

et rester dès lors complétement inconnus du malade et du médecin.

Ainsi, quand, quelques jours après ma communication à l'Académie, M. Michel Lévy venait signaler deux albuminuriques sur trois qui n'offraient point d'amaurose, nul doute qu'il n'eût ajouté aux deux premiers faits négatifs celui qu'on vient de lire ; car le malade eut répondu au savant professeur du Val-de-Grâce, comme à moi : « Ma vue est bonne, très-bonne, et elle l'a toujours été. »

Plus tard encore, si le malade n'avait pas lu, il n'aurait pu penser que la lecture lui serait difficile, car il distinguait nettement les objets ordinaires.

Ainsi les troubles de la vue peuvent, dans certains cas, rester ignorés des malades et des médecins, soit au début, soit dans le cours de la néphrite albumineuse.

J'ajouterai maintenant que, dans plusieurs observations, l'examen des urines était trop incomplet pour caractériser la maladie de Bright.

Que les urines soient albumineuses ou non, la chaleur y produit un coagulum formés par certains sels, et surtout par les phosphates, dans les urines alcalines ; l'acide azotique y précipite de l'acide urique, de l'urate d'ammoniaque, et quelque habitude qu'on ait de ces réactions, elles peuvent être très-facilement confondues avec celles de l'albumine.

Or l'acide azotique empêchant ou détruisant le précipité formé par les phosphates, et la chaleur celui formé par l'acide urique ou les urates, il n'y a pas d'erreur à craindre, dès qu'on a recours à ces deux procédés simultanément.

Voulant donner à ces recherches la plus grande précision, je dissolvais même l'albumine par la potasse ou par l'acide, acétique et en outre, étudiant principalement l'albuminurie sous le rapport des troubles visuels, je ne devais pas manquer d'éprouver les urines par les réactifs de Bareswil ou de M. Maumené.

Il y a quelques jours encore, au lit du malade, je faisais remarquer aux élèves de l'Hôtel-Dieu combien ces précautions sont loin d'être inutiles, et comment des précipités étrangers peuvent en imposer pour des précipités formés par l'albumine, surtout chez des malades œdémateux qu'on peut déjà, *à priori*, supposer atteints de la maladie de Bright.

Ai-je besoin de dire qu'on ne doit tirer aucune conclusion de l'albumine constatée après l'application des vésicatoires, et qu'il faut attendre assez pour qu'on ne puisse plus attribuer l'altération de l'urine à l'action des cantharides ?

Ceci posé, voyons les faits invoqués contre l'amaurose dans la néphrite albumineuse.

En les réunissant tous, je trouve deux cas signalés à l'Académie par M. Honoré ; trois par M. Debout, dans le *Bulletin de thérapeutique* et dans la *Gazette des hôpitaux ;* trois par M. Michel Lévy ; deux par M. Ancelon, dans l'*Union médicale.*

Les faits de M. Honoré n'ayant pas été publiés, ne peuvent être discutés ; je les admets comme des exceptions, me bornant à leur opposer celui que M. Roux invoquait dans la même séance, à l'appui de mes conclusions.

Quant aux trois malades de M. Michel Lévy, je pourrais dire que, chez l'un, l'albuminurie paraît avoir succédé à la scarlatine, et que j'avais annoncé, dans mon mémoire, n'avoir pu étudier encore, sous ce nouveau point de vue, l'albuminurie consécutive à la scarlatine. Je pourrais ajouter que des urines qui précipitent abondamment le 14, et qui cessent de précipiter le 20, ne caractérisent pas la maladie de Bright, et que j'ai parlé seulement de la maladie de Bright.

Mais j'admets ces trois faits pour des maladies de Bright, et je demande si, en examinant l'un des malades, six jours après la disparition complète de la maladie ; l'autre plus de *dix-huit-mois* après l'origine des accidents, on est en mesure de se prononcer avec quelque certitude sur les phénomènes qui ont pu se manifester au début ou dans le cours de l'affection.

Évidemment, je le répète encore si, au bout d'un an, on eût interrogé sur l'état de sa vue le malade dont j'ai tracé sommairement l'histoire, il eût répondu qu'elle était très-bonne alors, puisque, moins de quinze jours après l'origine des accidents, il faut le presser de questions pour l'amener à dire qu'il a quitté son atelier parce qu'il confondait toutes les couleurs.

Des trois faits publiés par M. Michel Lévy, l'un confirme donc la coïncidence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse, et les deux autres ne peuvent l'infirmer.

Mais ce qui m'a surpris surtout dans la discussion de M. Michel Lévy, c'est cette réflexion, « qu'il serait étonnant que ce symp-« tôme ait échappé complétement jusqu'à ce jour à tant de « médecins éminents qui ont contribué à fonder et à compléter « l'histoire de la maladie de Bright. »

Comme si les choses les plus faciles à trouver étaient les premières qu'on cherche ou qu'on rencontre ! comme si Hippocrate avait connu le pouls ; Corvisart, l'endocardite ; Laennec, les bruits du fœtus ; Alibert, l'acarus ; Liebig, le sucre du foie ; Tiedemann, l'usage du pancréas, etc., etc.; comme si enfin le

plus simple ouvrier ne pouvait trouver à placer utilement une pierre oubliée par le plus habile architecte !

Dans quelques jours, je démontrerai que l'hémiplégie faciale s'accompagne presque constamment d'exaltation de l'ouïe du côté paralysé. M. Michel Lévy s'étonnera-t-il que ce symptôme, s'il était aussi fréquent que je l'annonce, ait échappé à Gregory, Montaut, Magendie, Bérard, Diday, Debrou, Cruveilhier, Gosselin, etc., qui ont contribué à éclairer l'histoire de la paralysie de la septième paire ?

Quant à moi, ce qui m'étonnerait bien davantage, ce serait qu'un même observateur eût découvert tous les phénomènes relatifs à une même affection, surtout quand cette affection n'est pas plus fréquente que la néphrite albumineuse ou l'hémiplégie faciale.

Si j'ai insisté, en passant, sur cet argument, c'est qu'en effet cette idée que les maîtres ont tout vu et tout dit arrête plus qu'on ne croit les progrès de la médecine, en faisant considérer comme exceptionnels des phénomènes pourtant assez fréquents, mais qu'on croit sans valeur, par cela seul qu'ils ne sont pas indiqués dans les livres.

Or, quand on voit un pareil argument tomber de la plume de M. Michel Lévy, l'un des esprits les plus larges sans contredit et les plus éclairés de notre époque, peut on espérer voir de sitôt l'autorité des faits remplacer l'autorité des noms ?

Des trois observations que rapporte M. le docteur Debout dans le *Bulletin de thérapeutique,* la première confirme mon opinion, puisqu'au début les objets paraissaient au malade plus volumineux que d'habitude, et les deux autres sont trop peu détaillés pour être discutés utilement. M. Debout explique, il est vrai, ce trouble de la vue au début par l'affaiblissement général de la constitution ; mais notre savant confrère n'a observé le malade que quatre mois après l'origine des accidents. Or l'amaurose souvent très-prononcée au début, alors que les forces n'ont pas diminué d'une manière appréciable, disparaissant dans le cours de la maladie, quelquefois au moment de la plus grande faiblesse, il n'y a pas lieu d'attribuer l'amaurose albuminurique à l'*état anémique des malades.*

M. Debout ne nie pas d'ailleurs, l'amaurose dans la néphrite albumineuse, mais seulement au début, et il assure que « M. le « professeur Forget a démontré depuis longtemps que l'amau- « rose devait être inscrite dans la séméiologie de la maladie de « Bright. »

J'en demande pardon à M. le rédacteur en chef, mais il y a

ici une erreur qu'il s'empressera, je n'en doute pas, de réparer, à l'occasion, avec son impartialité habituelle ; car, avant ma communication à l'Académie, l'amaurose albuminurique n'avait été signalée ni par M. Forget, ni par aucun autre observateur, ni dans le *Bulletin de thérapeutique*, ni dans aucun autre recueil.

Le célèbre professeur de Strasbourg, dans un mémoire très-important dont je parlerai tout à l'heure, et qui a paru un mois après le mien, prend même toutes les précautions que peut suggérer la loyauté scientifique la plus exagérée pour établir sur ce point mes titres de propriété, et il termine ainsi : « Au demeu-« rant, à M. Landouzy appartient (sauf réclamations ultérieures) « le mérite d'avoir le premier appelé l'attention des observa-« teurs sur un symptôme important et assez fréquent de l'albu-« minurie. Cette note n'est donc point, tant s'en faut, une re-« vendication de priorité : c'est un témoignage de plus à l'appui « des observations de notre habile confrère : *adjiciamus aurum « auro.* »

Effectivement, mes observations, qui toutes ont eu pour témoins des confrères de Reims ou des environs, remontent à 1846, et deux ans au moins avant la publication de mon mémoire, j'avais parlé de ce phénomène à mes anciens collègues MM. Tardieu et Voillemier, en les priant même de l'étudier à l'occasion, dans leur service des hôpitaux de Paris.

Les pauvres tiennent plus que les riches à leur modeste pécule ; aussi mon savant confrère M. Debout trouvera-t-il juste que j'aie, en passant, nettement résolu la question de priorité.

Quant à la note publiée par M. le docteur Ancelon dans l'*Union médicale*, je l'aurais examinée avec toute l'attention que mérite le talent bien connu de l'auteur, si les renseignements relatifs à la vision n'avaient été pris sous forme rétrospective, c'est-à-dire cinq mois après la guérison complète des malades, et si d'ailleurs, dans l'un de ces cas, l'albumine n'avait disparu au bout de quarante-huit heures de traitement, ce qui exclut l'idée d'une véritable maladie de Bright.

A ce propos, je ferai de nouveau remarquer que, dans mes conclusions, j'ai seulement parlé de la maladie de Bright, de la néphrite albumineuse, et nullement de l'albuminurie en général, c'est-à-dire de ces états où l'on trouve aussi de l'albumine, mais en quantité beaucoup plus faible, et pendant un temps beaucoup moins long que dans la néphrite albumineuse.

Que si j'ai employé l'expression *néphrite albumineuse*, ce n'est pas qu'elle exprime pour moi la nature de l'affection, mais parce qu'elle est passée dans la langue médicale, et qu'elle correspond

aujourd'hui, pour la plupart des médecins, à cet ensemble d'altération fonctionnelles et organiques que Bright, Rayer, Martin-Solon, etc., ont si bien caractérisé, et que j'ai presque toujours vu coïncider avec les troubles de la vision.

Moins que personne, d'ailleurs, je crois à une inflammation primitive du rein dans la maladie de Bright, puisque le premier j'ai émis l'opinion que l'altération de sécrétion ne dépendait pas de la lésion du rein, mais la lésion du rein de l'altération sécrétoire, ou de la cause qui produit l'altération sécrétoire.

Je ne dis pas cependant que, dans certains cas d'albuminurie étrangers à l'ensemble des phénomènes pathognomoniques de la maladie de Bright, il n'y ait pas de troubles de la vision ; un fait récent me porterait même à croire que ce trouble peut se manifester sous l'influence d'un très-large vésicatoire : je dis seulement que j'ai exclusivement parlé jusqu'alors de la maladie de Bright caractérisée ; que je n'ai même cité que des cas très-graves, et que plusieurs des faits considérés comme négatifs n'étaient probablement pas des maladies de Bright.

Sans me livrer, d'ailleurs, à cette discussion, qui peut-être n'a pas été inutile pour bien préciser la question, j'aurais pu opposer à ces faits négatifs un nombre au moins égal de faits positifs, signalés, depuis mon mémoire, par MM. Roux, à Paris, Forget, à Strasbourg, Florent-Cunier, à Bruxelles, Cucuel, à Wisserling, Collard, à Beine, Charrois, à Vitry, Bretonneau, à Tours, etc.

Je pourrais en opposer de nouveaux dans lesquels la coïncidence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse s'est montrée de la manière la plus manifeste au début et dans le cours de la maladie.

Cette coïncidence, je l'ai observée, aujourd'hui encore avec M. le docteur Bienfait ; il y a quelques jours, avec MM. Henrot et Wyslouch ; il y a quelques mois, avec MM. Decès et Henrot.

Si elle est une exception à Paris, elle est donc la règle à Reims, et même une règle très-générale, puisque, parmi les faits que j'y ai récemment observés avec mes confrères, il ne s'est pas rencontré une seule exception.

Ces exceptions de Paris doivent du reste m'être imputées, je le reconnais sincèrement ; car ayant toujours vu dans mon premier travail, qui ne comprenait que des cas très-graves, les troubles de la vue suivre les phases de l'albuminurie, j'en avais induit une relation constante.

Les observateurs qui examinaient d'après moi, et qui voulaient immédiatement de l'amaurose puisqu'il y avait de l'albumine,

pouvaient donc logiquement conclure à l'absence de la coïncidence, dans les cas d'absence d'amaurose.

Or un fait qui ressort des observations de M. le professeur Forget, et de celles que j'ai faites depuis, c'est que l'amaurose ne suit pas d'une manière aussi régulière que je l'avais pensé les phases de l'albuminurie. L'observation insérée plus haut en est une preuve frappante, et j'ai fait la même remarque dans plusieurs autres cas : ainsi, chez le malade que j'ai vu en consultation, avec mes savants confrères Decès et Henrot, les troubles de la vue ont été tels, à plusieurs reprises, qu'ils rendaient impossible la lecture d'une seule ligne.

Le malade apercevait des points noirs, des nuages, des soleils, tous les objets lui paraissaient confus. Il n'en parla cependant ni à ses parents ni à son médecin, dans la crainte, dit-il, d'effrayer sa famille, et ce n'est qu'en voyant l'intérêt que nous mettions à connaître tous les détails de la maladie qu'il nous avoua que pendant quelque temps il avait craint de devenir aveugle.

Le jour de la consultation, le malade avait la vue très-nette ; la semaine suivante, il ne peut parvenir à lire une lettre. Le jour où je vais prendre son observation, il voit parfaitement et lit sans difficulté plusieurs phrases d'un journal de médecine. Le lendemain ; il se plaint de nouveau du soleil, des nuages, des taches noires, et tout cela sans relation appréciable ni avec l'état général, ni avec l'œdème, ni avec la quantité d'albumine, sans le moindre trouble intellectuel, sans le moindre trouble des autres sens, sans la moindre altération appréciable des milieux transparents ni des pupilles.

Je reconnais donc, avec M. Forget, que l'amaurose peut disparaître, le dépôt albumineux persistant ; mais je maintiens mes autres conclusions relatives à la fréquence de ce symptôme pendant le cours de l'affection et surtout au début. Ainsi la malade que j'ai vue ce matin, avec M. le docteur Bienfait, a éprouvé, il y a quatre ans environ, un trouble de la vue tel qu'attendant souvent sur le pas de sa porte le retour de son mari, elle voyait dans la rue de grands rassemblements là où il n'y avait qu'une ou deux personnes. Plusieurs fois, à cette époque, elle a consulté pour ces troubles de la vue, qui ont notablement diminué sous l'influence d'une saignée, mais qui l'ont empêchée cependant de se livrer à aucune occupation. Pendant le premier quart d'heure, elle voit parfaitement pour lire ou pour coudre, mais ensuite la vue se brouille complétement.

Or cette malade consultant, il y a huit jours, pour la première fois M. Bienfait, au sujet d'un œdème aux jambes, lui dit que

depuis un an ses urines ont une odeur et une couleur inaccoutumées ; qu'elles moussent d'une manière extraordinaire, et qu'en vidant le vase, la mousse reste adhérente aux parois, et ces détails, elle les donne spontanément et avant d'être interrogée sur l'état des urines.

Celles-ci sont du reste très-brunes ; elles ont une forte odeur de bouillon de bœuf, et donnent un dépôt abondant d'albumine, sous l'influence de la chaleur et de l'acide azotique.

Ici évidemment l'amaurose a été le symptôme initial, le premier symptôme appréciable de la maladie de Bright, dont la saignée a peut-être retardé le développement.

Il en a été de même dans la première observation de M. Forget ; il en a été de même dans celle de M. Florent-Cunier, dans celle de M. Collard, dans celle de M. Cucuel, etc. Il en serait de même plus souvent si plus souvent les circonstances étaient assez favorables pour permettre d'établir d'une manière précise tous les phénomènes qui ont précédé et accompagné l'origine de la maladie.

Que si j'insiste sur cette apparition des troubles de la vue au début, ce n'est pas assurément pour la satisfaction d'avoir découvert un prodrome de plus à une maladie grave, mais parce que la naissance de ce symptôme avant l'anasarque doit, d'une part, amener à d'autres idées pathogéniques sur la maladie de Bright, et d'une autre part, éveiller activement l'attention du praticien au début de toute amaurose.

Sous le rapport pathogénique, mes inductions de l'année dernière se trouvent déjà en partie réalisées par la belle découverte de M. Bernard qui rend le rein étranger au diabète, et sous le rapport pratique, bon nombre de malades qu'on eût traités l'an dernier pour l'accident symptomatique, l'amaurose, sont traités maintenant pour l'accident principal, la néphrite albumineuse.

Or, si l'on considère la gravité de la maladie de Bright, on avouera qu'il n'est jamais trop tôt pour la combattre, et qu'on ne saurait assez insister sur les symptômes propres à la signaler dès son origine.

L'affaiblissement de la vue signalé par le docteur Frick (de Baltimore), et par le docteur Bird, dans l'oxalurie ; par M. Bouchardat, dans l'hippurie et dans la benzurie, ajoute encore à l'intérêt de cette question, et confirme pleinement ma doctrine d'une altération nerveuse primitive ; mais on remarquera la différence qui existe entre les troubles de la vue coïncidant avec l'albumine et les troubles de la vue coïncidant avec le sucre, l'acide benzoïque, hippurique, etc.

Dans le diabète, dans l'hippurie, dans la benzurie, l'affaiblis-

sement de la vue coïncide avec l'affaiblissement général de l'économie ; dans l'albuminurie, il existe fréquemment avant toute détérioration des forces.

Dans le diabète, l'affaiblissement de la vue augmente en même temps que la maladie ; dans l'albuminurie, il diminue quelquefois pendant que la maladie augmente.

Dans le diabète, l'affaiblissement de la vue commence souvent très-tard ; mais dès qu'il est commencé, il est permanent, graduel, uniforme. On peut presque en prévoir les progrès d'après l'altération de l'urine. Dans l'albuminurie, il commence plus souvent très-tôt ; mais il est constant, irrégulier, insidieux. Les progrès du mal ne peuvent faire prévoir les progrès de l'amaurose.

Dans le diabète, l'affaiblissement de la vue est proportionnel à la quantité de sucre ; dans l'albuminurie, il est sans rapport constant avec la quantité d'albumine.

Dans le diabète, il existe souvent, surtout à la fin, une opiacité considérable de l'œil ; dans l'albuminurie, on ne constate aucune modification appréciable des milieux transparents ni même de la pupille (1).

Dans le diabète enfin, le malade peut devenir aveugle ; dans l'albuminurie, la cécité doit être une très-rare exception (2).

Malgré ces différences notables entre l'amaurose albuminurique et l'amaurose diabétique, elles me paraissent émaner du même genre d'altération primitive, c'est-à-dire d'une lésion du système nerveux ganglionnaire ?

Maintenant, en quoi consiste cette lésion du système nerveux ganglonnaire ?

Je ne reviendrai pas sur les hypothèses physiologiques émises dans mon premier mémoire pour expliquer ces troubles de la vue, et je me bornerai à répéter que je pencherais pour une lésion des filets ganglionnaires issue d'une lésion du tri-splanchnique, et ayant pour conséquence une altération sécrétoire des fluides réfringents (3).

(1) (2) Je n'ai jamais observé d'amaurose albuminurique complète. M. le docteur Cunier cite, à la vérité, un cas de cécité complète survenue chez un albuminurique ; mais comme il existe de nombreux points opaques dans le corps vitré, il est à regretter que le savant oculiste n'ait pas dit si l'on avait recherché la présence du sucre dans les urines de ce malade.

J'ai cité en effet, dans mon premier mémoire, deux cas de glucosurie et d'albuminurie simultanées, et je donne en ce moment des soins à un diabétique que M. Bretonneau a également observé, et chez lequel j'ai plusieurs fois constaté de l'albumine et de l'amaurose.

(3) M. Collard (de Beine) développant cette idée d'une altération sécrétoire des milieux transparents que j'ai indiqués dans mon premier travail (p. 27), explique (*Union médicale*, 6 avril 1850) le trouble de la vue dans l'amaurose albuminurique « par l'hypersécrétion des humeurs de l'œil, et surtout de l'hu-

Conclusions.

En résumé :

1° Les troubles de la vue sont un symptôme presque constant de la néphrite albumineuse.

2° Ces troubles constituent une nouvelle espèce d'amaurose, qu'on peut appeler albuminurique.

3° L'amaurose albuminurique ne peut être attribuée à la détériation des forces.

4° Elle annonce très-souvent la maladie, comme signe initial, avant l'invasion des autres accidents pathognomoniques.

5° Elle paraît, disparaît et revient, sans suivre exactement les phases du dépôt albumineux des urines ou de l'œdème.

6° Elle doit porter à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système ganglionnaire.

---

14. *Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire* (*atrophie musculaire progressive*) ; par le docteur F.-A. Aran, médecin du Bureau central des hôpitaux.

Suite : *voir* t. IX, septembre, p. 132, t. X, octobre, 1850, p. 109.

(Archives générales de médecine, août, septembre 1850.)

L'observation 4 s'éloigne un peu des précédents, non pas que la main et l'avant-bras ne soient aussi affectés, mais parce que la maladie remontait au bras et à l'épaule des deux côtés. Le bras était altéré dans sa forme, par suite de l'atrophie et de la disparition complète du biceps et du brachial antérieur ; l'aplatissement de sa face antérieure contrastait avec le développement exagéré de la masse musculaire postérieure. L'avant-bras était dans l'extension, et le mouvement de flexion se faisait par les muscles qui s'attachent à l'épitrochlée, et surtout par le rond pronateur. A l'avant-bras, d'un côté, la masse des supinateurs, le fléchisseur superficiel, le cubital postérieur et l'abducteur du pouce, avaient complétement disparu ; de l'autre côté, les fléchisseurs seuls étaient en voie d'atrophie. Par suite, l'avant-bras était creusé dans les 2/3 inférieurs de la partie antérieure ; d'un

« meur aqueuse, qui augmenterait subitement la convergence des rayons « lumineux ou peut-être émousserait, par la compression, la sensibilité de la « rétine. »

Cette hypothèse est d'autant plus admissible qu'elle rendrait compte des variations fréquentes de l'amaurose par les variations de l'hydropisie de l'œil aussi mobile que l'hydropisie de la face, du scrotum, des membres, etc.

La question serait assez facile à résoudre, d'ailleurs, en étudiant l'effet des différentes lentilles sur l'amaurose albumineuse, et je me propose de faire cet examen.

côté la saillie musculaire des longs supinateurs était efficacée, et l'avant bras restait dans la pronation forcée ; la main droite était maintenue dans l'extension permanente ainsi que les doigts ; les éminences étaient en voie de disparition. Aux deux épaules, les fibres du deltoïde avaient souffert dans leur nutrition ; les moyennes surtout à l'épaule droite, les moyennes et les postérieures à l'épaule gauche. Chez ce malade, âgé de 35 ans, garçon de charrue, la maladie avait commencé, il y a plus de deux ans, par de l'affaiblissement dans le bras droit et dans la main correspondante ; elle était accompagnée, dès les premiers temps, de crampes, de soubresauts dans les tendons et de contractions fibrillaires ; elle s'était étendue plus tard au membre supérieur gauche. On ne pouvait découvrir à cette atrophie d'autre cause que l'influence probable des travaux fatigants exercés par ce malade.

Rapprochons du fait précédent l'observation 10, dans laquelle nous voyons également l'atrophie porter sur le muscle biceps principalement et sur la masse des supinateurs, sur le long abducteur et le long extenseur du pouce, remonter aux épaules, où elle affecte des deux côtés les fibres moyennes et postérieures du deltoïde. Seulement, ce qui l'en distingue, ce n'est pas tant la limitation de la maladie, ou à peu de chose près, au membre supérieur gauche, et l'intégrité complète des muscles de la main, que le début brusque en apparence de la maladie, que sa marche excessivement lente ou son état presque stationnaire, que l'absence de crampes et de soubresauts dans les tendons. (En revanche, les contractions fibrillaires existent très prononcées). Le malade, âgé de 37 ans, qui exerce sans fatigue la profession de cordonnier, éprouve déjà de la faiblesse dans le membre opposé, bien que la nutrition n'ait pas souffert en apparence. La maladie remonte à plus d'une année.

Jusqu'ici nous avons vu la maladie porter principalement sur les muscles des portions inférieures du membre supérieur ; dans les deux observations qu'il nous reste à passer en revue (obs. 1 et 3), les choses ne se passent plus de même. Ce sont, au contraire, les muscles de l'épaule et ceux qui la relient au tronc qui sont affectés. Chez l'un de ces deux malades, âgé de 18 ans, robuste et bien charpenté, qui servait les maçons, de la faiblesse s'est montrée, il y a deux ans, d'abord dans le bras gauche, puis dans le bras droit ; cette faiblesse a été suivie d'un amaigrissement portant sur les muscles deltoïdes, sus et sous-épineux, grand pectoral et grand dorsal des deux côtés, existant également, mais à un moindre degré, dans le biceps et même dans le

triceps, toutefois sans abolition des mouvements dans aucun de ces muscles ; amaigrissement contrastant avec le développement comparatif des deux avant-bras. Chez l'autre, tailleur de pierres, âgé de 40 ans, la faiblesse a commencé, il y a trois ans, dans le bras droit ; deux mois après, elle s'est étendue au bras gauche, avec des crampes dans les membres supérieurs et des contractions fibrillaires. Les deltoïdes des deux côtés, le trapèze, le grand pectoral, le grand dorsal, le grand dentelé, et à un certain degré même les muscles du bras des deux côtés, offrent un amaigrissement excessif, mais sans abolition complète des mouvements, sauf dans les faisceaux moyens des deltoïdes.

Cette limitation de la maladie à certaines portions du membre supérieur dans quelques cas, sa diffusion à la plus grande étendue du membre dans d'autres, nous conduisent naturellement de l'atrophie partielle, très limitée, du système musculaire à l'atrophie très-étendue, que nous avons désignée sous le nom de générale ou généralisée. Celle-ci est la maladie dans son summum de développement ; elle peut embrasser et réunir toutes les autres, aller au delà même, et frapper les membres inférieurs, les muscles du tronc et des parois viscérales ; mais toutefois son extension n'est ni plus constante ni plus régulière que ce que nous avons vu en parcourant les divers cas d'atrophie partielle.

Nous passons rapidement sur les observations 6 et 7. Dans l'une, qui est relative à un jeune berger âgé de 18 ans, c'est à la suite de la masturbation que l'affaiblissement est survenu dans les membres inférieurs, et à partir de ce moment a commencé une atrophie qui, en trois années, n'a laissé d'intacts qu'un bien petit nombre de muscles dans les membres supérieurs et inférieurs et sur le tronc. Dans l'autre, chez un capitaine au long cours, âgé de 45 ans, dans la famille duquel cette maladie était héréditaire, au dire du malade, des crampes et des secousses dans les avant-bras ont annoncé le début de la maladie, et une atrophie qui a réduit, en deux années, l'énergie musculaire à néant dans presque tout le système, et qui a entraîné même la disparition d'un certain nombre de muscles. Tous deux ont succombé, et l'autopsie du premier a mis hors de doute l'intégrité parfaite des centres nerveux, des plexus et des cordons qui en émanent, et en même temps la transformation graisseuse complète des muscles, qui avaient perdu leur contractilité, et le commencement du même travail dans le reste du système musculaire.

Si les deux faits précédents s'éloignent, à certains égards, des observations d'atrophie partielle rapportées plus haut, la liaison,

le passage de l'atrophie partielle à l'atrophie générale, ne saurait être au contraire mieux démontrée que par l'obs. 8. Là nous voyons un homme jeune, âgé de 33 ans, d'une bonne constitution, fort et robuste, ressentir, à la suite de fatigues et de chagrins, de la faiblesse dans le pouce et dans l'index de la main droite, puis dans toute la main, droite, plus tard dans la main gauche et dans les membres inférieurs; des crampes, des soubresants dans les tendons et des contractions fibrillaires accompagnaient ces accidents. La main droite a maigri, et l'amaigrissement s'est étendu au membre supérieur droit pour s'exprimer ensuite vers la main et le membre supérieur du côté opposé; la main droite a perdu presque entièrement les mouvements des interosseux dorsaux et des éminences thénar et hypothénar, qui se sont affaissées; partout ailleurs, quoique la maladie ait déjà une durée de deux années, les mouvements sont perdu de leur énergie ancienne, mais sans qu'ils soient complétement abolis; circonstance un peu différente de ce que nous avons vu dans l'atrophie partielle; de sorte qu'on pourrait dire de l'atrophie générale ou généralisée, que l'altération semble avoir plus de tendance à envahir l'ensemble du système musculaire qu'à se concentrer sur telle ou telle portion de ce système; autrement dit, qu'elle semble perdre en profondeur ce qu'elle gagne en étendue.

Symptômes. — En parcourant le résumé qui précède, on est frappé de plusieurs circonstances qui donnent à l'atrophie musculaire progressive un caractère, une physionomie toute particulière, que l'on ne retrouve nulle part ailleurs : de la faiblesse dans un seul membre d'abord, augmentant par la fatigue et par l'action du froid, souvent accompagnée de crampes et de soubresauts dans les tendons, bornée à l'exécution de certaines mouvements, s'étendant de plus en plus dans le reste du membre, et s'exprimant le plus souvent de la même manière vers les portions homologues du membre du côté opposé, suivie d'un amaigrissement irrégulier en quelque sorte, portant plutôt sur quelques muscles que sur l'ensemble d'un membre, et entraînant par conséquent des déformations très-variables, comme le siége des altérations qu'elles expriment, produisant de l'affaiblissement dans l'exécution de certains mouvements, aboutissant, en dernière analyse, à la destruction des muscles affectés et à l'abolition complète des mouvements dont ils sont chargés; tel est l'ensemble, le tableau sommaire des observations précédentes, tableau dont les teintes sont plus ou moins sombres suivant que la maladie reste circonscrite à une petite étendue du membre, à un membre tout entier, ou qu'elle s'étend au membre opposé ou à la plus

grande étendue du système musculaire de la vie de relation, mais qui en définitive nous offre toujours une infirmité frappant des sujets jeunes, robustes et valides, et les privant de leurs moyens d'existence, en leur enlevant l'usage de leurs membres, et principalement de leurs membres supérieurs.

Certes, c'est une chose curieuse que ce siége de prédilection de l'atrophie musculaire au début pour les membres supérieurs ; 9 fois sur 11, il en était ainsi dans les observations précédentes, et les membres inférieurs n'ont été pris que postérieurement, encore ne l'ont-ils pas été toujours. Sans doute le nombre de faits que nous possédons n'est pas suffisant pour nous permettre d'affirmer qu'il doive en être toujours ainsi. Dans un des faits précédents, on a vu que la maladie a débuté par les membres inférieurs, et M. Duchenne nous a dit avoir observé, chez un malade, l'atrophie et la destruction de l'extenseur commun des orteils et du jambier antérieur ; mais la proportion est trop forte pour qu'il y ait là un pur et simple effet du hasard.

Chose non moins curieuse! c'est plus souvent par le membre supérieur droit que par tout autre que commence la maladie. Nous avons constaté cette prédilection 7 fois sur 11, ou dans plus de la moitié des cas, tandis que 2 fois sur 11, seulement, le membre supérieur gauche a été atteint au début, et que 2 fois sur 11 également les deux membres supérieurs ont été frappés à la fois. Au reste, ce n'est pas toujours par les mêmes points de ces extrémités que débute l'atrophie : tantôt c'est par les muscles de l'épaule et de la partie supérieure du tronc, tantôt par les masses musculaires des bras ou des avant bras, tantôt enfin, et c'est peut-être le cas de début le plus fréquent, c'est par les muscles de la main, les petits muscles des éminences thénar et hypothénar, les interosseux dorsaux. Qu'on ne prenne pas cependant à la lettre ce qui précède : on se tromperait si on croyait que, dans telle ou telle portion affectée du membre supérieur, tous les muscles qui en font partie sont également atteints par la maladie, comme cela a lieu dans d'autres atrophies ; au contraire, à côté d'un ou de plusieurs muscles frappés d'atrophie, un ou plusieurs muscles de la même région, leurs congénères, même, peuvent être intacts et remplacer dans leurs fonctions les muscles intéressés. Il y a plus, c'est que dans certains muscles larges, où la division en faisceaux est très-marquée et les fonctions différentes, suivant la direction de ces faisceaux, à côté de quelques-uns qui ont disparu par l'atrophie, on peut en trouver d'autres qui ont conservé, ou à peu de chose près, leur intégrité.

J'ai eu la curiosité de dresser une espèce de tableau des mus-

cles notés, dans les observations précédentes, comme ayant disparu par l'atrophie, de ceux dans lesquels le travail atrophique était évidemment en progrès, et de ceux dans lesquels jusqu'ici l'atrophie n'a été constatée que rarement, ou même pas du tout, de ceux par conséquent qui semblent échapper à la loi commune. Je suis arrivé à ce résultat que les muscles le plus souvent intéressés sont les muscles de la main, ceux des éminences thénar et hypothénar, les interosseux dorsaux, mais surtout les muscles de l'éminence thénar (parmi ces derniers, l'opposant est celui qui est le plus souvent atteint en dernier lieu). A l'avant-bras, les muscles de la région antérieure et externe paraissent plus souvent atteints que ceux de la région postérieure. Parmi les premiers, il faut citer surtout la masse des supinateurs et les fléchisseurs; parmi les seconds, les extenseurs, le cubital postérieur, mais plus particulièrement les muscles long abducteur et long extenseur du pouce. Au bras, jusqu'ici on n'a rien constaté dans le triceps, qui a toujours été trouvé intact, tandis que le biceps et le brachial antérieur étaient plus ou moins complétement détruits. A l'épaule, les muscles intrinsèques et extrinsèques ont été trouvés très-affectés dans leur nutrition; dans le deltoïde en particulier, les fibres postérieures et les fibres moyennes étaient plus particulièrement atrophiées. En résumé, dans les onze observations précédentes, on n'a pas encore constaté d'affaiblissement, au bras dans le triceps, à l'avant-bras dans quelques-uns des muscles de la région antérieure, tels que le rond pronateur, le grand palmaire principalement. A la longue, très-probablement, ces muscles disparaissent à leur tour; mais enfin il semble, par ce qui précède, qu'ils aient moins de tendance à être affectés d'atrophie que les autres.

Le premier signe de la maladie, avons-nous dit plus haut, c'est la faiblesse. Cette faiblesse survient ordinairement d'une manière lente et graduelle; tantôt elle est bornée à une petite portion du membre, tantôt presque généralisée dans ce membre; suivant l'étendue de la maladie, elle porte plutôt sur certains mouvements que sur d'autres; elle augmente par la fatigue, et principalement par l'action du froid, qui fait éprouver quelquefois aux malades une sensation des plus désagréables, en même temps qu'il affaiblit momentanément le mouvement. Dans un seul cas (obs. X), la faiblesse semble s'être montrée d'une manière subite; mais le malade a varié depuis sur ce point, et d'ailleurs l'incurie dans laquelle vivent les personnes des classes laborieuses, relativement à tout ce qui constitue leur santé, doit nous mettre en garde contre l'assertion du malade d'autant plus

que, suivant lui, le membre n'avait pas maigri, tandis qu'il nous a été facile de constater un amaigrissement notable. Très-souvent les gens du monde eux-mêmes ne font remonter le début d'une maladie qu'au moment où une circonstance particulière est venue leur apprendre la perte de telle ou telle faculté. Combien de personnes, par exemple, ne se sont aperçues de la perte d'un œil ou d'une oreille, surtout lorsque cette perte a eu lieu lentement, que lorsque l'œil sain, l'oreille intacte, ont été momentanément empêchés dans leurs fonctions ?

Presque en même temps que la faiblesse, les malades intelligents nous ont accusé un certain amaigrissement du membre. C'est cet amaigrissement dont il importe de se rappeler le siége principal, les formes variées, parce qu'à lui seul il suffit quelquefois pour annoncer l'existence de l'atrophie musculaire progressive. Voit-on, par exemple, un affaissement léger des éminences thénar ou hypothénar, des dépressions marquées dans les espaces inter-métacarpiens, coïncidant avec une faiblesse dans la main, survenue sans cause connue, on peut déjà soupçonner la maladie. Y a-t-il en même temps appauvrissement de quelques-unes des masses musculaires du bras, des fléchisseurs, des supinateurs, des extenseurs, de quelques unes des muscles intrinsèques du pouce seulement, le soupçon est près de se changer en certitude. Voit-on d'autre part un amaigrissement dans la couche musculaire du bras, ou bien dans les muscles intrinsèques ou extrinsèques de l'épaule, amaigrissement survenu sans cause appréciable ou connue, précédé et accompagné d'une faiblesse plus ou moins grande dans l'exécution de certains mouvements : l'attention doit se diriger vers la possibilité de l'existence de l'atrophie musculaire progressive.

Je ne saurais trop le répéter, l'amaigrissement qui se montre dans cette maladie a un caractère distinctif principal qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que cet amaigrissement n'est pas général, c'est qu'il porte plutôt sur telle ou telle masse musculaire que sur telle autre, contrairement à ce qui se passe dans toutes les atrophies, même dans celles qui succèdent à certaines paralysies affectant un siége spécial, telle que la paralysie saturnine. Mais à côté de ce caractère fourni par l'inspection du membre, il en est un autre non moins précieux, que donne l'application de la main sur les masses musculaires affectées par la maladie. Dans l'état normal, les muscles font éprouver aux doigts qui les pressent une sensation de résistance et d'élasticité bien connue de tous. Dans toutes les atrophies, quelle que soit leur cause, cette élasticité, pour être diminuée, n'est jamais perdue ; on la

retrouve dans les muscles des phthisiques parvenus au dernier degré du marasme, comme dans les membres paralysés par la compression du nerf principal qui alimente le système musculaire. Dans l'atrophie musculaire progressive, il n'en est plus de même : par cela que la fibre musculaire ne se réduit pas seulement de volume dans cette maladie, mais disparaît et est remplacée par du tissu cellulo-graisseux, la main qui serre le muscle n'y retrouve plus la résistance habituelle, mais une sensation de mollesse extrême, quelquefois avec des espèces de cordons fibreux tendus, sans que la volonté puisse imprimer la moindre tension à ce tissu ainsi dégénéré. Cette sensation varie, on le comprend, suivant la structure plus ou moins aponévrotique des muscles affectés, suivant qu'ils sont ou non en rapport avec des surfaces osseuses. Dans ce dernier cas, si le muscle a entièrement ou presque entièrement disparu, on peut, au lieu d'une sensation de mollesse, trouver une résistance comme osseuse, sans élasticité. Dans certains points particuliers, aux éminences de la main, par exemple, la peau, solidement fixée aux aponévroses, ne peut s'accommoder à l'affaissement du muscle, et forme des plis et des dépressions. Ailleurs l'élasticité de la peau fait qu'elle s'accommode sans difficulté à cette altération dans la forme des membres.

La disparition de la fibre musculaire dans les muscles affectés, sa transformation probable en tissu cellulo ou fibro-graisseux : tel est, en dernière analyse, le point où aboutit l'atrophie musculaire progressive. Je dis *transformation probable*, car je ne connais qu'un cas dans lequel l'autopsie ait été faite. Cette autopsie a révélé la transformation en graisse des muscles affectés; mais tout en regardant cette transformation comme un fait très-probable, tout en l'admettant en vertu d'une saine analogie, nous croyons prudent de ne pas conclure dans ce sens d'une manière absolue.

Il est deux circonstances qui pourraient se déduire naturellement de la marche et de la terminaison du travail morbide que nous venons de faire connaître : c'est, d'une part, l'affaiblissement ou la perte des mouvements exécutés par les muscles envahis par la maladie ; de l'autre, la prédominance des muscles antagonistes restés intacts, et maintenant les parties dans des positions forcées et constantes. Souvent au début, la perte des mouvements est bien limitée ; ici c'est un seul muscle de la main qui est affecté, là un des muscles du bras ou de l'avant-bras; mais il est bien rare que les choses en restent à ce point. Un plus ou moins grand nombre de muscles ne tarde pas à être envahi,

soit dans le membre primitivement atteint, soit dans les portions homologues du membre opposé, où le travail morbide parcourt, à son retour, dans ces muscles les mêmes phases de destruction progressive. A mesure que les malades ont la conscience de la perte de ces mouvements, ils remplacent instinctivement les muscles atteints par les congénères, si ceux-ci sont intacts. C'est ainsi que nous avons vu deux de nos malades se servir des muscles qui s'attachent à l'épitrochlée, et surtout du rond pronateur, pour exécuter la flexion de l'avant-bras sur le bras, rendue impossible par l'atrophie du biceps ; c'est ainsi que nous avons vu les malades qui avaient perdu la masse des supinateurs exécuter la supination, incomplétement à la vérité, par la rotation de tout le membre sur son axe, au moyen des muscles sus et sous épineux et petit rond ; de même pour le cas d'atrophie des fibres moyennes et postérieures du deltoïde, que les malades cherchaient à remplacer par les fibres supérieures du trapèze, etc. A la seconde circonstance, se rapportent, par exemple, l'extension habituelle de l'avant bras dans le cas d'atrophie du biceps, la pronation forcée et constante de l'avant-bras dans le cas de destruction de la masse des supinateurs ; l'état constant d'adduction, d'opposition ou d'abduction du pouce, dans le cas d'atrophie de la masse musculaire de l'éminence thénar avec conservation de l'un de ses muscles, etc.

Il s'écoule un certain temps, très-long même dans certains cas, entre le moment où le malade éprouve de la faiblesse dans les mouvements et celui où le tissu musculaire disparaît définitivement, pour être remplacé, suivant toutes probabilités, par du tissu cellulo-graisseux. Dans cet intervalle, on constate quelques phénomènes qui, pour n'être pas aussi importants que les précédents, n'en sont pas moins précieux pour le diagnostic : ce sont les crampes, les soubresauts des tendons, que nous avons notés dans un grand nombre d'observations, d'après les affirmations des malades, et un autre phénomène plus constant peut-être que les précédents et dont les malades soupçonnaient cependant à peine l'existence ; nous voulons parler des contractions fibrillaires.

Les crampes ne diffèrent en rien de celles qui existent dans beaucoup d'autres maladies, si ce n'est par la ténacité qu'elles présentent dans certains cas, et par cette circonstance qu'elles paraissent surtout au début de l'affection ; tandis que les soubresauts des tendons et les contractions fibrillaires, si elles se montrent au début, ce que nous ignorons, survivent aux progrès de la maladie et ne disparaissent, les dernières surtout, que

lorsque le travail morbide a accompli son œuvre de destruction. Les contractions fibrillaires demandent une description spéciale : c'est un phénomène singulier, consistant dans la contraction isolée et involontaire des faisceaux musculaires qui composent un muscle ; dans certains cas, elles sont tellement nombreuses et tellement continuelles, que les diverses parties qui constituent le muscle semblent continuellement en mouvement ; d'autres fois ces contractions sont tellement rares, qu'il faut observer attentivement le membre affecté pendant quelques instants, varier les mouvements, pour en apercevoir quelques traces. Ces contractions involontaires, véritables décharges nerveuses, ne diffèrent guère de celles qu'on observe dans les affections de la moelle qu'en ce qu'elles sont spontanées en quelque sorte, autrement dit en ce qu'elles n'ont pas généralement besoin d'être provoquées par l excitation de la peau ; toutefois on les augmente ou on les multiplie par une excitation, et surtout en faisant garder au membre une position fatigante. La contraction volontaire ne les suspend donc pas. Du reste, les contractions fibrillaires paraissent plus communes dans certains points que dans d'autres, au bras qu'à l'avant-bras, et à plus forte raison qu'à la main, à la cuisse qu'à la jambe, et à la région postérieure de celle-ci qu'à l'antérieure. A la longue, les contractions fibrillaires peuvent affecter ou avoir affecté l'ensemble du système musculaire ; elles sont rares dans la face, mais nous les avons vues très distinctement dans la langue, chez le malade de l'obs. **VIII**, dont le bredouillement a beaucoup augmenté depuis l'apparition de ce phénomène, et chez le malade de l'obs. **XI**. Le galvanisme nous a paru agir sur les contractions fibrillaires en les rendant plus rares ; mais nous avons vu un cas dans lequel le galvanisme excitait momentanément ces contractions, au point que les muscles étaient affectés d'une espèce de vibration, à la suite de l'application de l'excitant galvanique. Les contractions fibrillaires sont un phénomène tout à fait involontaire et sans douleur ; c'est ce qui explique comment beaucoup de malades n'en ont fait aucune mention jusqu'au moment où nous avons fixé leur attention sur ce point. Quelques uns cependant en rappelant leurs souvenirs, nous ont dit avoir aperçu des sautillements dans les muscles, et d'autres avaient remarqué que leurs doigts se fléchissaient et s'étendaient alternativement sans participation de leur volonté.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

15. *Des règles à suivre pour la pratique des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion ;* par M. le docteur Boinet.

(Gazette médicale de Paris, N° 44, 1850.)

J'ai déjà indiqué le mode d'action de la teinture iodique sur plusieurs de nos tissus, sur la peau, les muqueuses, les séreuses, le tissu cellulaire, les vaisseaux capillaires enflammés ou non etc.; j'ai prouvé par des faits que cette préparation iodique produisait des phénomènes différents, suivant qu'elle était plus ou moins concentrée et suivant aussi la composition des tissus, leur état pathologique, etc. Ainsi dans les séreuses l'iode se borne à activer les fonctions absorbantes, à les ranimer, à provoquer la résorption des épanchements, en rétablissant l'équilibre rompu entre l'exhalation et la résorption, etc.; sur les muqueuses, il modifie, change la nature de l'inflammation et des sécrétions, etc.; dans les kystes, les fistules, les abcès, etc., il agit d'abord à peu près comme sur le tissu cutané et produit ensuite une inflammation adhésive. Appliquée sur la peau, dépourvue ou non de son épiderme, la teinture d'iode pure cause d'abord une cuisson plus ou moins vive; elle forme par sa combinaison avec cette membrane une espèce de vernis, une pellicule très-mince qui s'enlève sous forme d'écailles. La peau touchée, badigeonnée avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode, devient brune, sèche, raccornie, elle éprouve un resserrement, une ostriction qui la font ressembler à du parchemin ; alors l'épiderme se détache, s'exfolie, et une transpiration assez abondante, un suintement ont lieu. A chaque nouvelle application, nouvelle exfoliation, nouvelle transpiration, etc.

Frappé de ces phénomènes, j'ai souvent employé avec beaucoup de succès la teinture d'iode pour dissoudre des engorgements aigus et chroniques des ganglions cervicaux axillaires et inguinaux, de tumeurs du sein, des indurations du col de la matrice, des engorgements articulaires, des testicules, etc., et j'ai obtenu en quelques semaines des résultats que n'avaient pu me procurer les moyens ordinaires.

Je ne veux pas entrer dans de plus longs détails sur ces faits, que je me contente de signaler aujourd'hui; mais j'ai jugé bon de les rappeler pour montrer comment on pourrait par analogie dire ce qui doit se passer dans les foyers purulents où on injecte de la teinture d'iode. Dans les abcès par congestion, par exemple, leurs parois ont perdu beaucoup de leur force tonique ; ces parois sont d'autant plus disposées à se relâcher, à se laisser

distendre par le pus, qu'il y a plus longtemps qu'elles sont en contact avec ce liquide. Si après les avoir débarrassées de la matière purulente qu'elles contiennent on les met immédiatement en contact avec la teinture d'iode, on remarque des phénomènes à peu près semblables à ceux que nous avons observés sur la peau dépourvue d'épiderme ou sur des surfaces ulcérées ; il y a cautérisation superficielle, resserrement, raccornissement des tissus touchés par la teinture iodique, qui coagule la matière purulente, dessèche l'extrémité des petits vaisseaux, les agglutine, et produit une espèce de vernis, une pellicule, qui arrête tout d'abord l'exhalation et la résorption, en même temps qu'elle défend les organes de l'impression de l'air, peu à peu elle pénètre le tisssu et contracte avec eux une véritable union chimique. Bientôt après, ce contract de l'iode sur les parois du foyer et sur la surface cariée suscite une irritation plus ou moins vive, les propriétés vitales se développent davantage au-dessous de cette espèce de couche de vernis, il s'établit une ligne de démarcation, et une suppuration plus ou moins abondante détache l'escarre superficielle qui ne paraît être elle-même que le produit de l'union de l'iode avec le tissus. En activant ainsi les propriétés vitales des parois de l'abcès et de la surface cariée qui, réduite à l'état de nécrose, se sépare d'avec les parties saines de l'os, elle donne à toutes ces parties un autre mode de vitalité, les rend propres à se débarrasser des impuretés et des entraves qui s'opposent à leur retour au mode naturel qu'elles affectent dans l'état sain ; les mauvaises qualités du pus sont modifiées, changées, les vaisseaux sont dégorgés, et en peu de temps la suppuration devient louable, par suite du changement dans l'état des abcès; c'est alors que les parties malades acquièrent cette vie, cette fermeté qu'elles ont toujours lorsqu'elles tendent à se cicatriser. Ainsi, par l'action de l'iode sur les parois d'une poche purulente, il survient bientôt et après chaque injection une véritable fluxion qui revêt les caractères de la phlegmasie la plus légère jusqu'à ceux de l'inflammation la plus intense, selon que la teinture d'iode est plus ou moins concentrée, que son contact a duré plus ou moins longtemps. Alors que se passe-t-il dans ces circonstances? Le sang afflue en plus grande abondance dans les parois du foyer, le tissu cellulaire environnant est infiltré d'une sérosité plus considérable ; il est gonflé et tend à rapprocher les parois du foyer, qui elles-mêmes sécrètent ou, si l'on peut dire ainsi, suent la matière unissante, qui réunit le tout en une seule masse, alors naît l'inflammation adhésive qui sert comme de barrière à l'inflammation suppurative, en déter-

minant la réunion des parties, qui sans cela deviendraient infailliblement le siége de cette dernière. Ces injections sont donc détersives en même temps qu'elles sont légèrement caustiques ; elles ont la propriété de modifier, de nettoyer, de purger les parois des abcès, les surfaces cariées et de les mettre dans des conditions favorables à la cicatrisation. Si elles sont avantageuses dans des caries superficielles et disposées de manière à recevoir directement leur action, je ne vois pas pourquoi elles n'auraient pas les mêmes avantages sur des caries profondes, si on peut y suppléer en portant le médicament à l'aide d'injection, sans mettre à découvert la partie cariée de l'os, sans enlever les parties molles qui la recouvrent. En effet, avec ces injections, quelle que soit l'étendue de la carie, sa profondeur ou sa situation, elle peut être attaquée et détruite tant par le traitement local que par un traitement général approprié à la nature de la cause qui l'entretient.

Ces principes étant posés, quelle est l'époque de la maladie qu'il faut choisir pour pratiquer ces injections ? Comment faut-il les pratiquer ? Quelle doit être la composition de l'injection, sa dose, etc. ?

Pour le premier point, je pense qu'il faut donner issue au pus aussitôt que la fluctuation annonce sa présence et avant que l'étendue du foyer soit devenue plus considérable. La raison de cette manière d'agir n'a pas besoin d'explication, car on sait que les abcès par congestion sont d'autant plus graves et plus dangereux qu'ils sont plus anciens et plus volumineux ; par conséquent, en opérant de bonne heure, on obtiendra d'autant mieux la guérison que la carie sera moins étendue et que les parois du foyer pourront se rapprocher plus facilement.

On comprend aussi, sans qu'il soit nécessaire d'en dire le motif, qu'on ne peut guérir un abcès et la carie qui se produit, par une seule ponction et une seule injection iodée. Penser qu'il peut en être ainsi, serait ne tenir aucun compte de la nature du mal et vouloir l'impossible. Il est donc utile, indispensable de faire plusieurs ponctions et plusieurs injections. En répétant ces ponctions et ces injections en temps convenable, c'est-à-dire aussitôt que le liquide purulent s'est reformé, on empêche les matières de séjourner et d'acquérir par le croupissement un caractère putride ; on entretient donc les parties malades, l'action des propriétés vitales, et on provoque ainsi un travail inflammatoire favorable. A la suite de ces injections, qu'il ne faut pas multiplier sans nécessité, la suppuration prend vite un bon caractère, et le malade guérit plus promptement.

Une précaution qu'il ne faut pas omettre à chaque ponction, c'est de vider le plus qu'il est possible le foyer de toute la matière purulente qu'il contient, et de faire en sorte que l'injection iodée puisse pénétrer dans toute l'étendue du foyer et dans les points les plus reculés.

Pour obtenir ce résultat, il est bon de laisser l'injection dans le foyer pendant quatre ou cinq minutes, de pétrir légèrement, de malaxer les parties qui le recouvrent, et enfin de mettre le malade dans des positions telles que le liquide puisse descendre et s'infiltrer par son propre poids, dans toutes les sinuosités du foyer et jusque sur la partie de l'os altéré. Pour qu'il en soit ainsi, on laisse une partie de l'injection dans le foyer, le quart, le tiers et même plus si on le juge convenable ; jamais je n'ai vu survenir aucun accident du séjour prolongé de l'injection iodée dans un foyer purulent. Pour pratiquer ces ponctions, il faut se servir d'un trocart ordinaire, afin de pouvoir faire immédiatement après les ponctions l'injection iodée ; la ponction peut être directe ou sous-cutanée, et cette dernière doit être préférée, car elle met plus sûrement la cavité du foyer à l'abri du contact de l'air ; mais on peut s'en dispenser, puisqu'après l'injection iodée, l'introduction de l'air dans la cavité injectée ne paraît offrir aucun inconvénient. Il est probable que l'innocuité de l'air, dans les foyers fournis aux injections iodées, vient de ce que les parois de ces foyers, cautérisées, resserrées, raccornies, recouvertes de l'espèce de vernis de couche dont j'ai parlé plus haut, ne sont plus susceptibles d'absorption, par suite de la modification qu'elles subissent. Il se passerait après ces injections iodées ce qui se passe dans une plaie après la cautérisation ou l'application d'un liquide astringent, etc., pour prévenir la pénétration d'un virus et arrêter ses progrès. Il est bon, sans aucun doute, de prendre toutes les précautions conseillées pour les ponctions indirectes ou sous cutanées, mais la plupart des faits que nous avons recueillis m'ont démontré que ces précautions ne sont pas indispensables.

Quant à la composition de l'injection et à sa dose, tout cela dépend de l'inflammation plus ou moins grande qu'on veut produire, des tissus sur lesquels on va agir, de l'étendue des parties qui doivent éprouver le contact de la teinture d'iode. On peut dire d'une manière générale, lorsque les kystes purulents ont une étendue considérable, qu'on doit donner la préférence à la teinture alcoolique d'iode, mélangée de partie égale d'eau. Mais lorsque l'écoulement de la matière purulente commence à diminuer, que le pus devient blanc et sans odeur, on peut employer

avec beaucoup d'avantage la teinture d'iode pure. Habituellement nous ajoutons, par 100 grammes de teinture alcoolique d'iode, 4 grammes d'iodure de potassium, afin de rendre la solution iodique plus complète et par conséquent plus concentrée. Cette addition de l'iodure de potassium empêche l'iode de se précipiter, comme cela arrive ordinairement lorsqu'on mélange la teinture iodée avec de l'eau. — La dose de l'injection doit varier suivant l'étendue du foyer. Le point principal est qu'elle soit suffisante pour toucher également tous les points du foyer. J'en ai injecté plusieurs fois jusqu'à 150, 200 grammes, sans qu'il en soit résulté le plus petit accident.

Une dernière observation me reste à faire, et elle est importante. Le traitement local dont je viens de parler suffit pour guérir les abcès et la carie de cause externe, ou de cause interne locale, mais lorsque la carie a été produite pour une cause interne générale, il faut, indépendamment du traitement local, combattre le vice interne par les moyens convenables, car ce serait en vain qu'on espérait guérir radicalement une carie de cette espèce par le traitement local, si on n'attaquait pas en même temps la cause qui l'a produite par un traitement interne. Dans tous les cas, il faut avoir soin de prescrire un bon régime au malade. On doit le soutenir, le fortifier par l'usage des toniques, des aliments de facile digestion qui, sous un petit volume contiennent beaucoup de substance nutritive. Pour médicaments, on doit y joindre les antiscrofuleux, comme l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, etc., etc.

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

16. *Des douleurs qui peuvent coexister avec la syphilis constitutionnelle ;* par M. Diday, ex chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon).

Suite : *voir* t. X, octobre 1850, p. 183.

(Gazette médicale de Paris, Nos 45, 46, 48 et 49; 1850.)

§ III. *Douleurs mercurielles.* — Cette espèce de douleurs n'a point été décrite par les auteurs. Aussi tiendrais-je à appeler plus particulièrement sur ce que je vais en dire l'attention des praticiens spéciaux, afin qu'ils vérifient ensuite la justesse de mon opinion, en la comparant aux résultats de leur observation personnelle.

Donc, j'ai souvent remarqué, soit à l'Antiquaille, soit en ville, que pendant le cours ou à la suite d'un traitement mercuriel, les malades se plaignaient des symptômes nerveux assez difficiles à bien décrire, mais remarquables par leur ressemblance à peu près constante chez les divers individus. Ce sont des sensations passagères de froid dans la profondeur des membres; des élancements n'ayant que la durée de l'éclair; des frémissements ou tiraillements surtout dans les jambes et les avant bras; fréquemment une espèce particulière de *point*, fixé dans la paroi thoracique, principalement au niveau des fibro-cartilages costaux d'un côté. Il s'y joint quelquefois l'impression comme d'une goutte de liquide qui coulerait sous la peau. Ces diverses sensations reviennent vingt fois par jour, soit spontanément, soit par la fatigue, les efforts, les changements brusques de température, etc.

Je sais que plusieurs malades n'accusent de pareilles souffrances qu'en raison de la peur que le mercure leur inspire, qu'elles sont assez souvent le produit d'un esprit vivement frappé. Aussi ai je fait de celles-ci une classe entièrement distincte, dont il sera tout à l'heure question, sous le nom de *douleurs imaginaires*. Mais cette réserve posée, je déclare que ces agacements nerveux constituent, dans certains cas, une maladie des plus réelles. Je les ai constatés sur des sujets tout à fait exempts de la tendance *syphilophobique*, si aisée à diagnostiquer à première vue, pour un chirurgien d'hôpital spécial. Et la preuve de leur existence aussi bien que de leur légitime filiation pathogénique, c'est que (dans les cas favorables à ce genre de contrôle) j'ai vu les malades cesser de s'en plaindre, une fois que le mercure avait été suspendu, du moins à temps.

Ces accidents, au resumé assez rares, ne sont en aucune façon un effet de la cachexie mercurielle. Le cas est on ne peut plus différent; et il faut que cela soit bien entendu. Il ne s'agit ici ni des lésions des centres nerveux, ni des convulsions, ni du tremblement, qui accompagnent la dissolution du sang causée par l'usage abusif de ce métal. Ceux dont je parle paraissent tenir à un effet direct, primitif de l'action mercurielle, et non à l'état de dépérissement, d'anémie scorbutique que son absorption excessive occasionne quelquefois.

Mes observations ne sont pas encore assez nombreuses pour me permettre de déterminer expressément les circonstances qui favorisent le plus l'apparition de ces phénomènes. Cependant ils m'ont semblé survenir de préférence dans deux conditions :

1° Chez les malades qui ont pris pendant longtemps du mercure, soit avant l'éclosion, soit après la disparition des symp-

tômes secondaires. Ainsi le traitement dit *préventif*, que les médecins de la vieille école instituent dès le début de tout chancre primitif — puis celui qu'on prolonge à outrance après l'effacement des pustules plates ou de la syphilide lenticulaire, dans le but d'en empêcher le retour — ces deux sortes de traitement. dis-je, prédisposent à ces irradiations douloureuses, que j'ai appelées mercurielles ;

2° Chez les individus à qui l'on persiste à faire prendre du mercure et rien que du mercure, bien qu'ils soient arrivés à l'époque où les accidents secondaires proprement dits se transforment en accidents *de transition* ou en accidents franchement tertiaires. Beaucoup de praticiens tombent dans cet écueil. Réservant absolument l'iodure de potassium pour les affections des systèmes fibreux et osseux, ils hésitent ou refusent de l'associer au mercure contre les altérations profondes de la peau. C'est dans ces cas qu'éclatent les névropathies dont je parlais tout à l'heure. Je me rappelle deux ouvriers des ateliers du chemin de fer, à Oullins, qu'un médecin avait gorgés de mercure pour une syphilide echthymateuse des jambes (symptôme *intermédiaire* des plus tenaces). Ils m'offrirent, et pendant très-longtemps, les sensations vagues et mobiles que je me crois en droit de rapporter au mercure.

Enfin, à égalité supposée dans les autres conditions, je pense avoir observé plus souvent ces troubles chez les sujets qui avaient pris pendant longtemps *la même* préparation mercurielle ; et aussi chez ceux qui, malgré l'administration prolongée et à haute dose de ce métal, n'en avaient jamais éprouvé d'effet irritant sur la muqueuse buccale. Enfin, une mercurialisation de courte durée, quelque énergique qu'elle ait été, ne saurait les produire.

On regardera peut-être ces douleurs comme étant de nature syphilitique. Moi-même je me l'étais imaginé dans les premiers temps. Mais elles n'ont ni les caractères, ni l'époque d'apparition, ni la localisation toujours circonscrite, des douleurs ostéocopes. De plus, et notamment, l'iodure n'exerce aucune action curative sur elles. Enfin, on les voit quelquefois persister fort longtemps sans qu'aucune lésion syphilitique vienne s'adjoindre à elles.

Traitement. — La véritable démonstration de leur origine mercurielle consisterait à les faire cesser en suspendant l'usage de l'agent qui les a produites. Les choses se passent effectivement quelquefois ainsi. Je pourrais citer, par exemple, l'histoire d'un de mes malades, en 1848 (salle Saint Jean), chez qui je vis un point pleurodynique douloureux se montrer pendant que je lui donnais 15 centigrammes par jour de proto-iodure hydrargyri-

que. Méconnaissant à cette époque l'influence du remède, j'en continuais l'emploi, tout en traitant le point par les sangsues et les vésicatoires volants saupoudrés de morphine. Il persista, malgré ces médications, sans rien perdre de son intensité. Au bout de six jours d'essais infructueux de ce genre, je supprimai les pilules. A partir du lendemain, le point de côté s'amenda ; et il disparut en très peu de jours.

C'est là, toutefois, une exception. Dans les cas les plus heureux, une amélioration succède, il est vrai, à la suspension de l'agent mercuriel ; mais la douleur, quoique affaiblie, n'en persévère pas moins. Remarquons-le en effet : loin d'offrir de l'acuité comme chez le malade ci-dessus, ce symptôme est chronique de sa nature : aucun moyen n'a rapidement prise sur lui ; et souvent des mois et des années se passent sans qu'il ait complétement abandonné sa victime. Je dis *victime*, car, bien que très-légère en elle-même, l'incommodité qui en résulte affecte toujours péniblement et préoccupe cent fois plus qu'une maladie véritable. Pour la grande majorité de nos clients, le mercure, seul entre tous les remèdes, est toujours un ennemi. Il est reçu que jamais il ne quitte le corps, qu'il ronge les os, attaque le cerveau, etc., etc. Aussi, tant qu'ils en sentent l'influence, ne serait-ce que par le plus insignifiant picotement, la vie présente est décolorée et l'avenir gros d'orages. Ils se voient irrévocablement frappés eux et leur famille !.....

Pour hâter la fin de ces maux, on peut, outre l'interruption du traitement mercuriel, recourir aux moyens plus directs accrédités contre l'intoxication spéciale qui résulte de son excès. Les diurétiques, mais principalement les purgatifs et les sudorifiques seront utilement ordonnés dans ce but. Provoquer d'abondantes transpirations par les bains de vapeur ou l'emploi des procédés hydrothérapiques est sans doute ce qu'il y a de mieux en fait de médications spéciales. Mais il ne faut pas oublier d'en aider l'action par l'habitation dans un climat sec et chaud, et l'usage de la flanelle. Je ne manque jamais, lorsque les circonstances le permettent, de conseiller dans ces cas un voyage, ou même le changement de résidence du Nord pour le Midi.

Pendant que je terminais ce paragraphe, un exemple frappant des douleurs mercurielles vient de se présenter à mon observation. Un Monsieur, âgé de 40 ans, parfaitement raisonnable, d'un jugement droit et de caractère calme et tranquille, a contracté, il y a quinze jours, une blennorrhagie légère. Traitée à temps, elle se dissipa en quatre ou cinq jours sous l'influence d'injections au sulfate de zinc. Néanmoins, *par excès de précaution*,

son médecin lui prescrivit des pilules de Belloste. Je laisse maintenant parler mon client. Ce qui suit a été écrit par moi sous sa dictée : « Je pris, ainsi qu'on me l'avait conseillé, deux de ces pilules par jour, *ne sachant pas qu'il y entrait du mercure*. Mais après la troisième, je fus réveillé au milieu de la nuit par une vive douleur dans le mollet gauche. Elle était comparable à des crampes que j'avais autrefois ressenties en prenant des bains de mer.

« Je continuai cependant mes pilules. Mais je dus m'arrêter après la cinquième ; car il me survint des douleurs qui, depuis lors, n'ont pas diminué. C'est dans les jointures (principalement dans celles des doigts et des genoux), dans le gras des bras et des mollets, parfois dans la cuisse droite, plutôt un agacement qu'une véritable souffrance. Cela va pourtant quelquefois jusque-là.

« Je sens cet état plus fort dans les doigts. Ni les mouvements que je fais, ni de serrer ces parties-là n'augmente, ni ne ramène les élancements. Je les ai sentis cependant en écrivant ma correspondance : il en est résulté deux ou trois fois un engourdissement qui m'a forcé de quitter la plume. — Jamais, auparavant, je n'avais senti rien de semblable. »

J'ajoute à ce récit qu'il était en même temps survenu, par suite des pilules mercurielles, de l'excitation aux gencives et un léger saignement par leur surface.

Il faut aussi noter que ce malade avait eu, il y a huit ans, une syphilis secondaire, pour laquelle il prit, sous la direction de M. Ricord, 4 pilules de proto-iodure de mercure par jour, durant un mois. Mais ni à cette époque, ni depuis lors, il n'avait eu ni ptyalisme, ni rien qui ressemblât aux douleurs particulières dont il se plaint maintenant. Le spécifique ne deviendrait-il nuisible que lorsqu'il n'a point d'ennemi sur qui épuiser son action ?... — Les jointures endolories n'offraient d'ailleurs, chez lui, aucune lésion apparente, aucun changement qui fût matériellement appréciable.

§ IV. *Douleurs rhumatismales.* — Tout comme les autres hommes, mais pas plus qu'eux, les syphilitiques sont sujets aux endolorissements articulaires que le rhumatisme chronique laisse à sa suite. Je ne pouvais donc me dispenser de leur donner place dans la présente nomenclature. Mais s'il convient de les nommer, il serait puéril de les vouloir décrire ici. Qui n'en connaît les causes, la marche, les caractères distinctifs, le traitement si loin encore, je ne dirai pas de la perfection, mais d'un état satisfaisant ? D'ailleurs leur diagnostic différentiel a déjà été ou se trou-

vera suffisamment établi dans les autres parties de ce travail pour m'épargner une tâche qu'aucun but d'utilité ne saurait justifier.

Je clôrais donc ici ce paragraphe si je n'avais à prévenir une illusion à laquelle beaucoup de médecins se laissent aller. Certains sujets, on le sait, ne peuvent contracter une blennorrhagie simple sans qu'une arthropathie plus ou moins inflammatoire se développe à la suite. Tant qu'on est en présence de cette coïncidence, l'erreur a peu de chances ; la maladie est évidente, et le moindre étudiant l'appellerait par son nom de rhumatisme, car il faudrait véritablement être aveugle pour confondre avec les douleurs syphilitiques l'hyperesthésie d'une articulation rouge, chaude, tuméfiée, et dont la phlegmasie a éveillé un mouvement fébrile continu.

Mais plus tard, l'antécédent blennorrhagique a disparu, et son souvenir s'affaiblit, en même temps que les traits de la maladie articulaire perdent de leur netteté primitive. Très-souvent, dans ces cas, le rhumatisme est devenu chronique, se réfugie dans les petites articulations de la main ou du pied. Il s'y reproduit alors par l'influence de la fatigue, d'un exercice répété, des refroidissements locaux, d'un changement de température, mais sans réaction fébrile, et seulement sous forme de douleurs que les mouvements augmentent.

En cette occurrence, si le praticien se borne à un examen superficiel —si, au lieu d'un interrogatoire précis, il se contente de demander vaguement au patient : « Avez-vous eu des maladies vénériennes ? » la réponse—toujours affirmative—de celui-ci le fourvoiera immanquablement ; et il se laissera d'autant plus aisément aller à considérer ces douleurs comme syphilitiques qu'il s'ouvre ainsi, en quelque sorte, l'espoir de leur trouver un spécifique.—Voilà donc le malade, de par son médecin, déclaré, ou tout au moins suspecté atteint de syphilis. Pour juger des conséquences d'un tel arrêt, relisez la fin du précédent paragraphe, et prononcez ensuite s'il est indifférent pour la tranquilité des malades de le porter à faux ! De telles sentences pèsent parfois sur la vie tout entière d'un individu. Lorsque vous tentez ensuite de vaincre sa syphilomanie, il vous renvoie à M. le docteur A. ou à M. B., qui le regardaient bien, eux, comme vénérien, puisqu'ils lui avaient prescrit du mercure ou de l'iode. Et vous restez indécis, sans crédit pour casser ce jugement, souvent même sans désir de l'essayer, puisque vous n'y parviendriez quelquefois qu'aux dépens de la réputation d'un confrère !

Revenons à la syphilis. J'ai dit que les syphilitiques peuvent,

comme tous autres individus, ressentir des douleurs suite d'arthrites aiguës par eux éprouvées avant qu'ils eussent pris la vérole. Mais *je ne me souviens pas d'avoir vu, dans le cours de ma pratique, un seul malade actuellement atteint de symptômes secondaires ou tertiaires bien caractérisés, offrir une attaque franche de rhumatisme articulaire aigu.* J'ignore si la même remarque a été faite par d'autres observateurs. Mais il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'il en fût ainsi. En effet, le rhumatisme aigu, fébrile, n'existe pas sans un excès de fibrine dans le sang. Or comment cette disposition ne serait-elle pas entravée par une diathèse qui engendre souvent la chlorose, que les antiphlogistiques et la diète ne font qu'aggraver, qui amène souvent à sa suite un dépérissement cachectique, une transformation comme sénile de tout l'individu; par une diathèse qui, d'après des expériences positives de MM. Ricord et Grassi, produit dans le sang une diminution considérable de la quantité des globules? Joignez à cette influence morbifique, celle du traitement qu'on dirige ordinairement contre elle par le mercure, agent *antiplastique* par excellence, et dites si la théorie ne conduirait pas naturellement à prononcer l'existence d'un antagonisme entre ces deux affections.

Satisfait pour le moment d'avoir appelé sur ce point l'attention des cliniciens, je livre le fait pour ce que mon expérience personnelle lui peut donner de valeur, et l'explication simplement comme stimulant à de nouvelles recherches. En attendant, un corollaire thérapeutique assez important en ressort, que j'ai déjà eu l'occasion de vérifier : c'est que, parmi les médications préconisées contre le rhumatisme, quelques-unes sont contre-indiquées par la coïncidence de la vérole constitutionnelle. On a déjà vu (§ II) que les bains de vapeurs avaient notablement exaspéré chez mon malade la chlorose syphilitique dont il était atteint. De même, il ne faut pas douter que des émissions sanguines, l'usage des diurétiques, des diaphorétiques, une diète végétale ou lactée, des purgations réitérées, les sudations hydriatiquées continuées jusqu'à production d'un affaiblissement notable ne s'opposassent plus ou moins à la guérison de la syphilis constitutionnelle. Peut-il, du reste, en aller autrement? Deux états morbides de nature contraire, constitués par une condition du sang diamétralement opposée peuvent-ils trouver l'un et l'autre leur remède dans un même ordre de médications? — Conclusion de tout ceci : Quand des douleurs rhumatismales chroniques reparaissent chez un syphilitique, traitez uniquement la syphilis; ou, s'il faut se préoccuper du rhumatisme, ne lui opposez que des

moyens locaux, et gardez-vous surtout de celles des méthodes thérapeutiques générales que j'ai nommées plus haut.

§ V. *Douleurs ostéocopes.* — Leur nom seul rappelle assez la nature et les caractères de cette sorte de douleurs pour me dispenser d'en faire l'histoire complète, car ce mot n'a certes pas plus besoin d'être défini aux lecteurs spéciaux pour qui j'écris ces pages, qu'aux chirurgiens ceux de crépitation, de fluctuation, d'inamovibilité. Cette vive souffrance nocturne, symptôme tertiaire par excellence, coïncidant ordinairement avec une tuméfaction appréciable de l'os ou de son enveloppe, presque toujours aisément localisable à une partie de la diaphyse, curable et rapidement curable par les préparations iodées, peut-elle être méconnue ou confondue avec quelques lésions que ce soit ?... Pour ma part du moins je n'ai jamais trouvé à ce diagnostic la moindre difficulté. Aussi jugé-je tout à fait superflu d'insister plus longuement sur ce point.

Traitement. — Je viens de placer parmi les meilleurs indices séméiologiques l'influence des iodurés sur ces douleurs. Telle est effectivement leur puissance d'action que toute la thérapeutique se borne ici, selon moi, à savoir manier ce précieux agent. Conséquent avec les meilleures autorités et d'après ma propre expérience, je n'hésite donc point à poser le principe suivant : « *L'iodure de potassium fait toujours cesser les douleurs ostéocopes. S'il ne remplit pas ce but, la faute en est au médecin, non au remède.* »

Ne croyez pas, en effet, qu'il vous suffise pour réussir de transcrire sur votre ordonnance une page de formulaire ou de vous traîner uniformément sur les traces d'une pratique à juste titre populaire. Malgré sa solubilité, sa commodité d'emploi, son innocuité presque constante, parfois l'iodure échoue. Il faut savoir pourquoi; avec un peu de perspicacité on y arrive, et l'on reconnaît alors que quelque circonstance insolite, mais indépendante de son efficacité même, est la seule cause de l'insuccès. Ainsi :

1° L'iodure de potassium est adultéré par addition ou substitution de substances qui changent son action médicatrice ou l'affaiblissent. — Cette cause n'est point rare; mais souvent le médecin soupçonne toutes les autres avant de songer à celle-ci.

2° Pris pur dans le bocal du pharmacien, le sel iodique a été altéré par suite d'une prescription défectueuse. Le professeur Moijovics a parfaitement signalé la fâcheuse conséquence qui résulte du mélange des iodures avec les véhicules regardés jusqu'ici comme les plus innocents sous ce rapport, les boissons mucilagineuses, les décoctions féculentes, les acides soit végé-

taux, soit minéraux. — Pour la prévenir, n'ordonnez jamais, à moins d'indication impérieuse, qu'une solution dans l'eau distillée, à prendre ensuite dans de l'eau pure, pour boisson.

3° Le médicament est arrivé à l'estomac, mais il n'y a pas trouvé la tolérance nécessaire à une absorption régulière. Ce cas est rare, beaucoup plus rare que ne ne le pensent quelques gastralgiques. — Le remède, bien entendu, varie comme la cause morbide qui amène cette conséquence. Ce qui me réussit en général pour rendre le tube digestif plus docile, c'est de faire boire, un quart d'heure environ avant l'ingestion de l'iodure potassique, une cuillerée à bouche de sirop diacode. L'ordre se rétablit bientôt, et au bout de quelques jours, ordinairement, cette précaution préparatoire devient inutile.

4° Je ne dois compter que pour mémoire les cas où un diagnostic erroné explique le manque d'efficacité du spécifique. — Mais ici l'échec même que le médecin reçoit sert à l'éclairer ; car de ce que l'iodure laisse subsister les douleurs, il peut en conclure à coup sûr que ce n'étaient donc pas des douleurs ostéocopes.

5° Le remède est bon, pur, bien indiqué, bien supporté, mais il n'a pas été pris à dose suffisante. — Il faut bien s'entendre sur ce mot de *dose suffisante ;* car elle varie selon les cas entre des limites qui ne sont pas distantes de moins que de 2 ou 3 décigrammes à 10 ou 12 grammes et plus, la première de ces quantités calme à peu près certainement des douleurs récentes, qui n'avaient pas encore été attaquées par l'iodure ; tandis que des conditions pathologiques inverses réclament la dernière mesure. Encore doit-on faire aussi la part de l'âge, des tempéraments, de la saison, de la susceptibilité de l'individu aux accidents iodiques, de la rapidité quelquefois extrême que l'iodure met chez lui à être éliminé, etc.

6° Quelques praticiens croient bien agir en administrant l'iodure à l'extérieur, pour ménager les voies gastriques. Mais les bains, les pommades, les lotions, n'ont que bien peu de vertu contre la douleur : il n'est donc pas étonnant que ceux qui emploieraient le remède exclusivement sous cette forme eussent souvent ensuite à l'accuser d'impuissance.

7° Plusieurs malades affirment qu'ils suivent exactement la prescription ; mais, en réalité, ils l'omettent ou l'atténuent sans scrupule. Voici ce qui m'a le plus ordinairement semblé être la cause de cette dissimulation. Vous commencez, je suppose, par donner une cuillerée à bouche, matin et soir, d'une solution de 3 grammes d'iodure sur 308 grammes d'eau. Le client prend

cette quantité sans résistance, mais lorsqu'il vous voit ensuite prescrire jusqu'à six, huit ou dix cuillerées, cette progression l'effraye ; il désobéit, puis vous ment, le tout, dans un but de légitime défense. — Vous pouvez essayer de lui faire comprendre comme quoi, ayant débuté par une très-faible dose, vous avez pu plus tard la porter sans danger au quintuple et au delà. Vous le pouvez... ; mais je vous préviens qu'il regardera vos explications comme une défaite. Ne vous obstinez pas dans cette lutte où vous êtes destiné à avoir toujours raison et toujours le dessous. Au lieu *d'augmenter le nombre des cuillerées*, augmentez de temps en temps la *concentration* de la solution De cette manière, vous ne soulèverez ni appréhensions ni répugnance. Il eût fallu persuader votre client : vous l'aurez guéri. Cela vaut toujours mieux, et ici c'est plutôt fait.

Ces points préliminaires bien éclaircis, je vais examiner quelques autres questions relatives à l'action de l'iodure. Contre ce que je disais de son infaillibilité, on allègue l'exemple de plusieurs malades tertiaires qui lui ont vainement demandé la santé. Cela est vrai ; mais ici encore il faut s'entendre, car à cet argument il y a deux réponses à faire.

D'abord, il est indubitable que toute syphilis tertiaire n'est pas guérie par l'iode. Mais ce qu'on peut avouer de la diathèse tertiaire en général ne serait plus exact si on le voulait dire des douleurs ostéocopes en particulier. Oui, je conviens qu'assez fréquemment ce remède n'amène pas de changement bien marqué dans certains cas et à une certaine période des nodus, des ulcères serpigineux, des exostoses, etc. Mais j'affirme que convenablement appliqué, il fera toujours cesser les douleurs franchement ostéocopes. Une amélioration notable ne se fait pas attendre. Telle est ici la convenance, l'*attraction* du remède pour le mal que, en trois ou quatre jours au plus, quelquefois dès le lendemain, le patient accuse une diminution très sensible de tourments qu'il endurait depuis des années. Je suis si habitué à ce résultat que si, au bout de huit jours, je ne constate pas un amendement considérable, je me prends à soupçonner ou l'origine non syphilitique de la maladie ou l'existence de quelque circonstance anormale qui met obstacle à l'action curative du spécifique.

En second lieu, l'iodure pallie, il est vrai, ces douleurs plus qu'il ne les guérit sans retour. Mais si les récidives sont fréquentes, presque inévitables, souvent désespérantes, du moins la même médication conserve toujours sur elles le même pouvoir. On voit les iodurés devenir de moins en moins salutaires

et perdre enfin leur vertu contre de nouvelles poussées de gommes, de tubercules du palais; contre des périostoses sans cesse renaissantes. Mais, quant aux douleurs ostéocopes, *il jouit de la faculté de dompter indéfiniment chacune de leurs attaques.* Il y a plus : tandis qu'il laisse revenir et se perpétuer une lésion sur laquelle il n'a plus de prise, il l'empêche cependant alors de déterminer des souffrances; c'est ce que l'on voit pour quelques exostoses rebelles, dans le cours desquelles il donne parfois au médecin le curieux spectacle d'un remède sans force pour arrêter les progrès de l'altération de tissu, mais tout-puissant contre le symptôme douleur.

Peut-être me reprochera-t-on d'avoir, en exhaltant les propriétés de l'iode, plaidé une cause dans laquelle j'étais sûr que la partie adverse devait nécessairement faire défaut. J'avoue que, sur ce point, la pratique médicale s'est heureusement modifiée dans ces dernières années. J'avoue que le spécialiste a plus rarement occasion aujourd'hui de renouveler ces guérisons, presque miraculeuses aux yeux du vulgaire, de malheureux tertiaires regardés jusque-là comme incurables. Cependant tous les préjugés ne sont pas dissipés; plus d'une éducation reste encore à faire. Je n'en veux citer d'autre preuve qu'un exemple tout récemment venu à ma connaissance.

Il n'y a que quelques semaines, je fus consulté par un Monsieur, âgé de 52 ans, affecté d'une tuméfaction syphilitique de la diaphyse de l'humérus droit. Des douleurs ostéocopes s'y étaient déclarées depuis deux mois; et depuis deux mois il recevait les soins assidus d'un médecin de notre ville, justement célèbre dans toute l'Europe par le sens orignal et la portée pratique de ses nombreux travaux. Mais, malgré la docilité du client, ses tourments n'avaient point diminué; l'insomnie et la maigreur qui en résultaient allaient en augmentant.

Lorsqu'il prononça le nom du médecin, dont il voulait me rendre le successeur, il me sembla d'abord impossible de réussir là où celui-ci avait échoué. Mais en écoutant le récit du traitement essayé jusque-là, je vis bientôt que mon cher confrère me laissait la partie plus belle que je n'eusse dû l'attendre de son immense mérite. Selon les propres expressions du malade, il s'était proposé de *faire cesser d'abord la douleur par des moyens sédatifs simples, et de n'employer qu'ensuite l'iodure de potassium pour guérir la lésion osseuse.* Il avait donc successivement tenté les frictions avec des huiles narcotiques, l'opium à l'intérieur, les bains de vapeur, et, en dernier lieu, un vésicatoire *loco dolenti,* pansé avec un sel de morphine. Mais tout ceci n'avait qu'à

peine engourdi momentanément la douleur ; toujours elle reparaissait plus féroce, et le malade s'était lassé enfin des lenteurs volontairement calculées de ce plan de traitement.

Je lui proposai, bien entendu, l'iodure *hic et nunc*, seul et immédiatement. Mais une difficulté inattendue se présenta. Voyant que depuis deux mois on temporisait avant de lui donner ce remède, il s'était figuré que jamais son estomac ne le pourrait supporter. Je fus obligé pour l'y décider de lui affirmer formellement que sous trois jours ses douleurs auraient presque disparu. Il obéit : prit successivement 3, puis 4, puis 5, décigr., et revint en effet le cinquième jour m'annoncer la réalisation de ma promesse. Deux jours de traitement lui avaient déjà rendu le sommeil, et il se trouvait comme dans un monde nouveau. — Il continue maintenant à doses progressives, et l'amélioration est bientôt, quant aux douleurs, devenue guérison.

J'indiquerai, pour terminer cet article, deux précautions à prendre dans le maniement de l'iodure, qui m'ont bien souvent aidé à rendre son action curative plus énergique et plus complète.

Durant le cours du traitement, lorsque les phénomènes douloureux ont cédé, et qu'on ne persévère plus dans l'emploi du remède que pour guérir la lésion de tissu, il faut surtout craindre que l'économie, s'accoutumant à son effet, n'en subisse plus ou n'en subisse qu'incomplétement la modification vitale désirée. C'est dans ce but qu'a été imaginé le système des doses progressives, et notamment celui des doses brusquement augmentées ; mais comme il y aurait parfois danger à pousser trop loin la quantité quotidienne, je mets alors en usage le système des *doses alternées*, en donnant un jour quelques décigrammes et le lendemain quelques grammes du sel iodique, et ainsi de suite. De cette façon, je romps l'habitude, et obtiens, avec une quantité totale presque de moitié moindre, les mêmes effets qui auraient nécessité des charges souvent bien pesantes pour l'estomac et pour la bourse de mon client.

Les douleurs ostéocopes vaincues une, deux, trois fois, menacent toujours de reparaître. Pour les accidents tertiaires, comme pour les secondaires, le chapitre des récidives (qui n'a été traité avec bonne foi que depuis Ricord) est le grand écueil, l'opprobre permanent de la médecine spéciale. Quoique ces retours ne soient ni inévitables ni éternels, ainsi qu'un préjugé populaire se plaît à l'enseigner ; quoiqu'une rechute, après traitement méthodique, soit toujours plus douce qu'une rechute qu'on n'avait rien fait pour prévenir ; quoiqu'une syphilis convenable-

ment traitée dès son origine et bien soignée ensuite dans chacune de ces réapparitions successives, finisse ordinairement par déposer la plus grande partie de son principe délétère, il est néanmoins vrai de dire que celui qui trouverait le moyen de guérir d'emblée et complétement la première poussée de vérole constitutionnelle mériterait autant de reconnaissance que l'inventeur des spécifiques les plus accrédités. Pour ce qui est de la période tertiaire, je me suis demandé si l'on ne parviendrait pas à la solution de ce problème en prolongeant l'administration de l'iodure pendant un ou deux ans, à la dose de 5 ou 10 centigrammes seulement par jour. J'en ai fait prendre, d'après cette vue, à plusieurs de mes malades les plus réfractaires. Ce régime n'a rien de pénible : il suffit de faire dissoudre la quantité d'iodure tous les matins dans une carafe ou une demi carafe d'eau, et de se servir ensuite exclusivement de cette eau pour boisson, soit aux repas, soit dans leur intervalle. En la buvant ainsi avec du vin, il n'y a ni assujetissement excessif, ni mauvais goût, ni effet irritant à redouter. De cette manière, je crois avoir déjà réussi à éloigner jusqu'à présent le retour de certains accidents qui avaient l'habitude de revenir à plus courte échéance. Mais l'avenir seul peut prononcer sur la valeur de cette pratique, que j'invite tous mes confrères à expérimenter à leur tour.

§ VI. *Douleurs imaginaires.* — Rien n'est plus sérieux que ce sujet, malgré la légèreté que beaucoup de médecins affectent en en parlant. Que de syphilophobes rebutés ou plaisantés languissent, épuisent leurs dernières ressources, deviennent à charge à la société, à leur famille, à eux mêmes, finissent par le suicide, qui, conduits par un esprit à la fois patient et ferme, fussent rentrés dans la plénitude de leurs facultés !

Je ne décrirai point ces douleurs ; chaque médecin sans doute en a vu d'assez nombreux spécimens pour en prendre une idée, et la plus longue nomenclature resterait tellement au-dessous de la réalité qu'un syphilophobe seul serait excusable d'essayer ce travail. Depuis la piqûre d'épingle jusqu'à l'explosion d'arme à feu, depuis les gouttes d'eau qui coulent sous sa peau jusqu'au feu qui lui dévore les entrailles, est-il un élancement, battement, agacement, déchirement, fourmillement, tiraillement, martellement, roulement, ruissellement, gargouillement, tremblement, qu'ensemble ou successivement ce malheureux ne s'imagine endurer ? Chacun d'eux a à cet égard sa marotte de prédilection, son *dada* auquel il revient toujours; mais ce qu'il y a de plus triste, c'est que si par hasard on parvient à débusquer l'idée fixe de son siége favori, elle sait bien vite se créer une nouvelle résidence.

Le syphilophobe n'est pas difficile à reconnaître : il se diagnostique à première vue, à distance. Son air mystérieux et affairé, la longueur de ses préambules, ses incoercibles redites, la préoccupation que toute sa personne exprime, l'ont trahi avant même qu'il n'ait abordé le sujet de sa visite. Ajoutez qu'il ne rit jamais, qu'infailliblement il a déjà pris de la salsepareille..., et vous avez tout son portrait.

Ceux qui veulent traiter par la raillerie ces infortunés, qui s'obstinent à dire leurs tourments imaginaires, n'ont probablement jamais réfléchi à l'analogie qui existe entre leurs souffrances et les hallucinations. De même qu'un maniaque a la sensation très-réelle d'odeurs, de saveurs, de bruits malgré l'absence non moins réelle de tout corps odorant, sapide ou sonore, de même le pseudo-vérolé éprouve véritablement les sensations douloureuses dont il se plaint, quoiqu'il n'y ait eu aucune impression morbide exercée sur ses nerfs. On voit par là qu'une médecine morale vigilante est l'indispensable, le seul moyen de remédier à ce pénible état. Ne dédaignons donc point d'en tracer ici quelques règles.

Traitement. — Sans donner la clef des problèmes très-compliqués que chacun de ces cas offre à résoudre, les préceptes suivants seront, je l'espère, de quelque utilité à ceux qui font les premiers pas dans cette scabreuse carrière.

A. Prenez, avant tout, vis à-vis de votre client, un air sérieux et réfléchi, et quoique vous l'ayez deviné d'avance, sachez l'écouter jusqu'au bout. Pour qu'il vous croie un juge éclairé, il faut qu'il ait trouvé en vous un juge attentif. Toute influence sur lui vous échappe s'il a entrevu, dans vos allures railleuses ou distraites, un parti pris d'incrédulité.

B. Une fois ses doléances terminées, passez à l'inspection directe, mais non sans lui avoir bien dit (ce qui, du reste, est généralement vrai) que la syphilis se traduit toujours par quelque lésion matérielle, appréciable; que partant, là où l'on ne trouve pas d'altération apparente, il n'existe pas de syphilis.

C. S'il vous montre d'insignifiantes papules ou des particularités naturelles qu'il regarde comme morbides, il vous est aisé de dissiper son erreur. Dans un travail spécial (voy. *Gaz. méd. de Lyon*, t. I, *Des conformations naturelles prises pour des maladies*), j'ai dit que le meilleur moyen consiste alors à faire voir au malade qu'on est soi-même porteur, et porteur bien portant, de la conformation qui l'effrayait.

D. Avant de dire au patient qu'il n'a pas la vérole, assurez-vous bien qu'il ne l'a effectivement pas. Si vous doutez, remettez

votre sentence à une prochaine visite ; mais, à tout prix, prenez garde de vous exposer, par trop de précipitation, à une méprise ou à la nécessité de modifier ultérieurement votre premier jugement. La confiance d'un syphilophobe ne s'obtient jamais complète, et peut se retirer à chaque instant. Or songez que cette confiance si fragile est votre seule arme sur lui ; que si elle est ébranlée par une fausse manœuvre, vous restez sans pouvoir pour le guérir.

E. Dans le récit de ses souffrances, avez-vous rencontré quelque antécédent rhumatismal, névralgique, goutteux, etc., capable d'expliquer les maux dont il se plaint ?... ceci est une fortune. Usez et abusez-en. Dussiez-vous forcer un peu l'étiologie, ne manquez pas de tout rejeter sur ce maudit rhumatisme, sur cet *humeur de goutte* qui ne *veut jamais quitter le corps*. Heureux client, heureux docteur, si vous parvenez ainsi à le dépayser ! Changer la syphilophobie contre l'athrophobie, par exemple, c'est évidemment tout bénéfice.

F. Ces prétendus malades ont du mercure et de la vérole une peur presque égale ; aussi est-on généralement bien venu en leur proposant comme pierre de touche l'iodure de potassium. « Si vos douleurs, leur dis-je, sont en effet vénériennes, douze à quinze jours de cette médication suffiront pour les faire cesser. Demandez à tous les médecins, ils vous donneront la même réponse. » — Les conditions acceptées, les informations prises, l'iodure est avalé : mais les douleurs persistent. Laissez alors le malade tirer la conclusion lui-même. Si vous avez bien su poser les prémisses, il y aura souvent dans ce seul résultat négatif de quoi dissiper son illusion.

G. Nul traitement ne comprend dans ses détails des indications plus variées que celui de la syphilophobie. Mais une question générale les domine toutes : Dans l'intérêt du client vaut-il mieux commencer par le déclarer non malade et lui refuser ses soins que de calmer son imagination en lui ordonnant d'insignifiants remèdes que vous lui présentez comme anti-syphilitiques?... Ce sont deux tactiques diverses : chacune a ses cas d'application, et c'est à la pénétration du praticien de les saisir. La patiente attention que je lui conseille pendant les prolixes divagations du client a justement pour but de lui donner le temps et les moyens de faire ce choix.

H. Il est des cas où l'on réussit effectivement en donnant des remèdes insignifiants. Si le malade affirme qu'un peu de mercure le guérirait, si sa confiance en vous est aveugle, donnez lui quelques pilules de *mica panis*, étiquetées mercure : la foi opère

encore des miracles ! —A-t il paru accueillir l'explication qui attribue ses douleurs au rhumatisme, à un vice dartreux répercuté, à des transpirations arrêtées, à *un grand feu dans le sang*, à un tempérament *trop nerveux* (1), alors droguez-le en conséquence, mais non sans l'avoir bien prévenu que ces remèdes n'agissent qu'à la longue, que ce n'est pas en quelques jours qu'on peut rétablir le cours *des humeurs*, ou l'équilibre dans la *masse du sang*. Promettez positivement la cure, mais demandez du temps. Il en faut pour que le maniaque *oublie* de sentir ses douleurs ; et cette coopération morale de sa part est le principal, l'indispensable élément de la guérison.

I. Mais si le malade est entier dans sa manière de voir, s'il parle sans vous écouter, s'il veut causer médecine, si surtout c'est un paysan (classe essentiellement réfractaire au raisonnement)... contre cet invulnérable ennemi n'hésitez pas à frapper le grand coup. Après l'avoir bien entendu, bien examiné, déclarez lui catégoriquement qu'il n'a ni vérole ni autre maladie, que les douleurs dont il se plaint sont purement imaginaires. Mais gardez-vous ensuite de compromettre par une transaction l'effet de cette sortie ; refusez et refusez aussi opiniâtrément qu'on vous le demandera, de délivrer une ordonnance. Lorsqu'il sera trois ou quatre fois revenu infructueusement à la charge, peut-être — quelque paysan qu'il puisse être — finira t-il par s'avouer qu'il faut que le médecin soit donc bien persuadé de ce qu'il dit pour refuser ainsi *de gagner une visite* ! — Cette manœuvre sagement conduite m'a gagné de belles parties ; mais il faut réfléchir avant de la tenter ; car c'est brûler ses vaisseaux et s'ôter tout moyen de revenir, en cas d'échec, à un autre plan de bataille.

J. Avant, toutefois, de renvoyer ou de décourager un client de cette espèce, songez que, s'il sort de chez vous rebuté mais non converti, il va devenir la proie du premier charlatan qui fera *chorus* à ses doléances. Ainsi, point de pruderie exagérée : dans son propre intérêt, consentez parfois à lui laisser prendre quelques consultations. Il ne les aura pas payées trop cher s'il y a puisé la connaissance de la vérité et la haine des prétendus dépuratifs.

K. La plupart de ces infortunés se condamnent des mois et

(1) Je vous recommande, comme particulièrement bien venues des malades, ces deux dernieres explications « Il est, a dit la Bruyere, certains defauts dont on n'est point fâche d'être plaisante. » Aussi peu de malades régimbent-ils quand on leur affirme, du ton de la divination, qu'ils se sont beaucoup trop *échauffés* dans leur jeunesse, ou que leur constitution pèche par exces de sensibilité.

des années à l'inaction absolue et à un régime rafraîchissant. Aussi voit-on leur cerveau rendu plus susceptible par cette double cause débilitante admettre et garder les idées les plus chimériques. Malgré leurs récriminations, leurs protestations qu'ils ne sauraient obéir sans danger, exigez, sachez obtenir qu'ils reprennent leurs occupations, qu'ils mangent de la viande et boivent du vin. Une fois le sommeil et les forces de retour par ce moyen, l'esprit attaché à de sérieuses exigences trouvera moins le loisir de s'égarer dans les champs de la fantaisie.

L. Quelques uns d'entre eux n'ont donné une autre espèce d'embarras, des médecins — et des plus recommandables — leur avaient déjà délivré, soit de vive voix, soit par écrit, un brevet en règle de syphilitique. Faut-il alors désabuser le malade en s'exposant à blesser un confrère, ou celer, par savoir-vivre professionnel, la vériré salutaire ?.... Entre ces deux alternatives, s'il n'y avait qu'à choisir, certes je n'hésiterais pas. Heureusement l'expérience m'a, depuis quelques années, suggéré un biais assez commode. Dès que le malade, au milieu de son récit, me parle d'un médecin, je l'arrête avant qu'il n'ait prononcé son nom : tire-t-il de sa poche une ordonnance, je ne lui donne pas le temps de la déplier : « Permettez, lui dis-je, et cela dans votre propre intérêt, que je vous donne d'abord mon avis, hors de toute influence. » Une fois ma consultation écrite et signée, mais pas avant, je rends à mon client la liberté de produire ses témoins. Et s'il se trouve alors une dissidence, quel confrère pourrait m'en vouloir de ce désaccord, si les circonstances lui en sont fidèlement rapportées ?

XII. GÉNÉRALITÉS.

17. *Étude sur la périodicité;* par M. le docteur Théodore Perrin, de Lyon.

(Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1850, p. 191.)

(Revue médico-chirurgicale, septembre, octobre 1850.)

Montesquieu, dans son *Essai sur le goût*, a très-bien indiqué la différence des deux principes en décrivant l'état immuable de l'âme, en étudiant ses attributs pris isolément : voulant se rendre raison des idées du beau, du plaisir qu'excitent en nous les ouvrages d'esprit et les productions des beaux-arts, son génie lui

montre que la source du noble, du grand, du sublime, du naïf, du gracieux, est dans le sentiment même; non dans le *sentiment-sensation*, non dans le plaisir de l'âme qui résulte de son union avec le corps, mais dans le sentiment ou plaisir qu'elle tire du fond de son existence, dans le sentiment de la grandeur de ses fonctions, dans le plaisir de comparer, dans celui d'embrasser tout d'une vue générale.

Ainsi cette AME est le MOI de Platon, flambeau intérieur qui illumine le sanctuaire mystérieux de notre être, dont la lumière pure, immuable, éternelle, projette ses rayons sur les créations du génie de l'homme et les inspirations de sa conscience, éclaire la voie du monde moral et le but élevé de la perfection ! Ce flambeau, dont la flamme s'alimente aux sources du beau, du bon et du vrai, ne doit-il pas participer de l'immortalité de cette nourriture divine ?

Nous insistons sur cette double existence pour mieux en déterminer la distinction, pour démontrer que la puissance de l'âme est différente de celle de la vie.

Barthez, dont on ne peut suspecter l'opinion, remarque très-bien « que le principe vital de l'homme doit être conçu par des « idées distinctes de celles qu'on a des attributs du corps et de « l'âme. »

M. Lordat a jeté la plus vive lumière sur cette dernière proposition ; il a démontré de la manière la plus évidente la distinction essentielle du sens intime d'avec la force vitale (1).

Quoique le sens intime et la force vitale doivent être étudiés d'une manière distincte, que le principe intelligent soit soumis à d'autres lois que le principe vital ; quoique chacun de ces deux éléments ait des attributs distincts, ils jouent un rôle si important dans l'existence humaine, ils sont tellement liés et unis à l'ensemble du système, qu'il est impossible de faire un pas en physiologie sans être frappé de l'influence que la force physique exerce sur la force vitale ; comme aussi, dans l'étude de l'organisme, tout révèle le concours de ces deux éléments dans la configuration et l'action de chaque partie et de l'ensemble. Aussi croyons-nous pouvoir admettre en principe que l'alliance des deux vies, que leur union hypostatique établit une distinction fondamentale entre la physiologie de l'homme et celle des animaux, et produit une différence non moins grande dans l'expression des phénomènes pathologiques, différences que nous espérons pouvoir démontrer.

(1) *Preuves de l'insénescence du sens intime de l'homme.* Montpellier, 1844.

L'analyse que nous venons de faire dépose contre l'opinion de Stoll, de l'école allemande, et de Burdach en particulier, qui, tout en reconnaissant l'impuissance du matérialisme et la nécessité d'un principe actif pour rendre compte des phénomènes de la vie, n'admettent cependant qu'une seule et même cause, opérant des actes intellectuels et vitaux.

Il résulte des faits que nous venons d'exposer, qu'on découvre dans l'homme trois éléments distincts, savoir : la pensée, la vie et l'appareil organique; éléments étroitement unis entre eux, formant un tout, où le nombre disparaît dans l'unité.

Si de cette connaissance de l'homme nous passons à celle de ses productions les plus élevées, à ces œuvres artistiques qui sont comme une expansion de son être, nous retrouverons encore là ce triple caractère.

Nous ne parlerons pas de la peinture et de la statuaire, dont le but avoué est d'exprimer simultanément sur la même figure la pensée, la vie, avec le concours de la forme. L'analyse de la musique, de la poésie, de l'éloquence, amène les mêmes résultats : on retrouve dans chacune de ces différentes productions les éléments du producteur, et, comme il y a ici une véritable paternité, il y a aussi une exacte similitude; et, de même que, en établissant le parallèle d'un fils à un père, on dit que c'est un autre lui-même, de même aussi, en observant ces créations du génie de l'homme, on y retrouve comme un reflet de la personnalité de l'auteur.

L'éloquence, la poésie, la musique, la danse même, renferment en effet ces trois éléments distincts; dans chacune de ces compositions on découvre : la *pensée*, qui correspond à l'intelligence, dont l'instrument ou l'organe est le cerveau; le *rhythme* ou le *mouvement*, qui correspond à la vie, dont l'organe ou l'instrument est le cœur; le *style*, qui est le terme d'union de l'un et de l'autre, donne de l'unité à l'œuvre et correspond à la personnalité humaine.

Le style, en effet, est ce lien mystérieux qui unit la pensée à la vie; c'est lui qui personnifie le mieux l'ouvrage, de même aussi qu'il peint le mieux l'homme; c'est la partie distinctive et qui résume pour ainsi dire une composition artistique. On dit d'un poème, d'un tableau, d'un morceau de musique, ce qu'on dit de l'homme : qu'il est simple, naturel, fin, élégant, énergique, véhément, clair, brillant, prétentieux, sublime. Ce mot sublime de Buffon : *Le style, c'est l'homme*, rend admirablement cette idée; aussi applique-t-on ce mot aux personnages historiques; on dit le style de Bossuet, de Rousseau, de Châteaubriand; le style de

Napoléon, disait Hinard, c'est Napoléon lui-même, Napoléon tout entier. Ainsi le style correspond à la personnalité humaine.

Quant au rhythme poétique, oratoire, musical, qui doit spécialement nous occuper, il n'a et ne peut avoir de rapport qu'avec le rhythme vital, qu'avec la vie qui est mouvement. Un élément n'a une action sur notre être qu'autant qu'il trouve en nous son analogue, qu'autant que cet élément peut agir sur quelque chose de semblable à lui. Aux sens correspond le côté sensible de la nature ; à l'entendement, qui est immuable, la pensée qui l'est aussi. Chaque phénomène de la nature trouve son unisson dans le monde intérieur de l'homme; aussi croyons-nous pouvoir admettre en principe que le rhythme, qui est l'expression du mouvement, est un écho de la vie, un reflet de sa propre essence.

Le rhythme, la mesure le nombre oratoire, répondant, en effet, au besoin de notre propre vie. Remarquons que ces mouvements mesurés présentent un temps actif et un temps passif, qui ont leur similitude dans le rhythme vital, où l'on retrouve ces deux états alternatifs. Suivez, en effet, le rhythme musical : vous entendrez à de très-petits intervalles un son plus fort, plus marquant que ceux qui le suivent ; et vous remarquerez surtout que ce son plus marquant revient à des distances égales. Dans le chant, le son le plus fort tombe sur chaque syllabe qui commence la mesure ; de même, dans la circulation, le sang frappe l'artère dans le temps qui correspond au mouvement de systole ou d'impulsion. Ainsi, il y a dans la musique le son animé et le son qui expire, comme dans la respiration on observe le temps d'aspiration et celui d'expiration.

Dans les travaux prolongés, où l'homme dépense beaucoup de forces, il sent, comme par instinct, le besoin de mesurer ses mouvements pour les mettre en rapport avec le rhythme de la vie : de là, l'effort périodique du rameur, les coups mesurés du forgeron, qui frappe encore, lorsque le coup est inutile, pour soutenir et continuer la périodicité de la mesure.

Voyez cette jeune fille frêle et débile, qui ne pourrait soutenir une heure de marche : elle passera une nuit entière à danser si la mesure musicale la soutient dans cet exercice. On sait que le son cadencé du tambour rend la marche moins pénible, par l'appui qu'il prête à la force vitale en régularisant le pas.

Une des meilleures preuves que l'on puisse donner du peu d'importance de l'oreille dans la perception du rhythme, c'est le sentiment qu'ont les sourds-muets de la mesure. Je pourrais à cet égard fournir nombre de faits ; je préfère citer l'observation publiée par Louis Rogèr, de Montpellier, dans son *Traité sur la*

musique : « On rapporte, dit-il, qu'une danseuse de Paris, quoique « sourde, dansait en mesure aux sons des instruments avec une « si grande précision, qu'il était impossible de la trouver en dé- « faut et de soupçonner son incommodité (1). »

Ce fait, qui paraissait merveilleux à l'auteur, eût cessé de l'être s'il avait compris que le sentiment de la mesure est inné, qu'il est inhérent au principe de vie; que la perception du rhythme se fait par les organes des sens, soit du toucher, de la vue, aussi bien que de l'ouïe ; que, chez cette dame, les gestes mesurés des musiciens, comme la vue des personnes qui dansaient avec elle, lui permettaient de recevoir et de saisir la mesure.

Nous venons de voir que le sentiment de la mesure ne tient pas à l'oreille ; voici d'autres faits qui demontrent que son action sur l'homme ne tient pas à son intelligence. M. Esquirol, dans son *Traité des maladies mentales*, rapporte l'histoire d'un idiot privé de toute intelligence : « Il n'a jamais pu ni lire, ni « écrire, ni articuler un son, quoiqu'il ne soit pas sourd : toute- « fois la musique, pourvu qu'elle soit bruyante, l'excite et le « provoque au rire et à des gambades *presqu'en mesure* (2). » Il est évident, ici, que le principe de vie est seul impressionné.

A ces preuves nous ajouterons une curieuse observation de Grétry (3), qui prouve sans réplique l'influence du rhythme sur le principe de vie. Ce célèbre compositeur, ayant placé ses doigts sur l'artère radiale, chanta intérieurement un air dont la mesure correspondait au mouvement de systole et de diastole. Après quelque temps il ralentit, puis activa la mesure, et observa que le pouls suivait les mouvements lents ou précipités du chant. Cette expérience de Grétry rend compte de l'augmentation du flux menstruel sous l'impression du rhythme musical, fait mentionné par de nombreux observateurs.

Lorsqu'un discours est débité d'une manière pathétique, on dit que l'orateur a touché l'esprit et le cœur ; et cela est physiologiquement vrai : le mouvement animé de la parole, du geste, le son mesuré de la voix, le rhythme de la phrase, agissent directement sur le cœur, ce principal instrument de la force vitale; et ce qui confirme cette vérité, c'est que le rhythme musical seul, lorsqu'il est animé, active la circulation ; il en forme un torrent impétueux qui roule et entretient l'ardeur des passions.

(1) Traité des effets de la musique sur le corps humain, traduit du latin par Sainte-Marie, p 141.
(2) Esquirol, t. II. p. 313.
(3) Grétry, *Essais sur la musique*, t. I. p. 44.

Cette expression, *la fureur circulant dans les veines*, n'est point une métaphore employée par les poètes, mais l'énoncé de ce qui est réellement dans la nature. Nous empruntons cette réflexion à Bichat, qui lui-même la tenait de Malebranche. Shakespeare appelait le tambour l'*excitation du courage*. Lemercier a rendu admirablement cette vérité dans les vers suivants :

Agitez tous leurs sens d'une rage insensée,
Tambour, fifre, trompette, ôtez-leur la pensée.

L'expression poétique, en s'échappant du fond de notre âme, source des grandes vérités, projette souvent une vive lumière sur les questions les plus obscures. Nous en avons encore un exemple dans ces vers, dont nous ignorons l'auteur :

Cependant, si la voix de la patrie en pleurs
Appelle ses enfants autour de ses murailles,
Les rhythmes belliqueux font passer dans les cœurs
La fureur de Bellone et l'ardeur des batailles.

Le docteur Rostan dit à ce sujet : « Si la musique est vive et « bruyante, les yeux deviennent brillants, la face se colore, *le « pouls devient fort et régulier*, la chaleur augmente et toutes les « fonctions redoublent d'énergie. Change-t-on de mesure et de « ton, les yeux deviennent langoureux, la face pâlit, *le pouls se « concentre*, la peau est froide et la respiration devient suspi- « rieuse (1). »

M. Alibert rapporte l'observation d'une jeune femme plongée dans une profonde mélancolie et atteinte d'hémoptysie, de convulsions et de syncopes, qui duraient des heures entières, et qui fut guérie par les *sons mesurés* et harmonieux du célèbre violoncelliste Benazet. Cet artiste rapporte qu'à la suite d'une fièvre typhoïde qu'il eut dans sa jeunesse, il ne fut tiré d'une profonde léthargie qu'en entendant la *Marche des Tartares*, de Kreutzer, jouée par un orgue de Barbarie.

Il nous paraît ressortir de ces observations que le rhythme musical a eu la plus grande part dans la guérison de ces malades. C'est en donnant une nouvelle impulsion au rhythme vital, en relevant les mouvements du cœur, qu'il a fait cesser cet état de syncope et de léthargie.

Remarquons bien ici que la musique, qui est l'art où le rhythme est l'élément dominateur, est aussi celui qui a le plus,

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. XIV, p. 572.

d'action sur le principe de vie : aussi avons-nous plusieurs fois observé l'influence fâcheuse de la musique chez des jeunes gens atteints ou disposés aux maladies du cœur, ou qui avaient des mouvements tumultueux de cet organe. Il n'est aucun praticien qui, en compulsant dans sa mémoire, ne trouve des faits analogues, et c'est une nouvelle preuve de l'influence du rhythme sonore sur le rhythme vital.

Ce que nous venons de dire sur la musique, relativement aux maladies du cœur, s'applique surtout aux morceaux dramatiques, à ces compositions destinées à rendre ou à exciter les grandes passions. La tonalité des sons employés dans cette circonstance exige des mouvements vifs, animés, en rapport avec l'exaltation de l'âme. Il faut que le rhythme musical marque et suive les mouvements précipités de ce délire qui veut promptement réaliser ses désirs furieux.

Mais peut-être faudrait-il penser différemment du chant religieux : une musique qui exprime la foi qui rassure, l'espérance qui calme, l'humilité qui abaisse et réprime les passions, la prière qui console ; une musique dont les sons doux et harmonieux font naître dans l'âme un amour pur et divin, dont les ondes sonores répandent une félicité céleste, exige une mesure lente, prolongée, qui ralentit les mouvements du cœur plutôt qu'elle ne les excite.

Le style grave, sévère et grandiose de la musique sacrée nous paraîtrait faire une exception à la règle, et peut-être même pourrait-il être employé avec avantage pour réprimer et ralentir la circulation, et régulariser certaines fonctions dont les mouvements sont inégaux et tumultueux.

L'usage de bercer les enfants me paraît se rattacher à cette même loi. Cette idée prend sa source dans la tendresse ingénieuse des mères et les exigences du nouveau-né, dont la faiblesse vitale n'a pas encore acquis ce rhythme normal nécessaire à la bonne harmonie des fonctions. Une impulsion instinctive pousse la femme à balancer dans ses bras l'enfant qu'elle n'a pu calmer et endormir avec son lait ; un chant langoureux accompagne ce balancement, dont les mouvements mesurés irrégularisent la périodicité vitale. Sous l'empire de ce double rhythme, l'agitation de l'enfant s'apaise, le calme survient, et le sommeil suit bientôt ce repos communiqué.

Nous ne prétendons pas dire que la pensée qui existe dans toute composition musicale soit sans action sur notre être ; mais nous croyons pouvoir avancer que, dans les observations que nous venons de citer, l'éloquence où la pensée a la plus grande

part, et où la mesure, le nombre, le rhythme ne se montrent que d'une manière secondaire, que l'éloquence, dis-je, n'aurait pas eu un effet aussi sensible.

Toutefois, nous disons que l'union de la pensée et du rhythme est la plus haute expression normale de la personnalité humaine. Ces deux éléments, en s'emparant du dualisme de notre être, nous captivent doublement : ils multiplient ainsi leur puissance par l'appui qu'ils se prêtent l'un l'autre, et acquièrent ainsi une force incommensurable. Le but de l'art consiste à les combiner de telle manière, qu'ils deviennent comme une reproduction de ce qui est en nous ; il faut que l'artiste formule l'idéal de cette noble nature, qu'il reproduise des images, les sentiments, des sons, des mouvements que l'homme sent avoir été puisés dans son sein : il est séduit alors par cette vivante représentation de ce qui est en lui ; l'homme se reconnaît dans ses compositions sublimes, il s'abandonne et suit des mouvements en rapport avec sa propre essence, qu'il juge en disant qu'ils sont justes, beaux et vrais ; et c'est là le triomphe de l'art.

De même que dans l'homme la pensée ne peut se manifester qu'avec la coopération de la vie, de même aussi dans le discours la pensée ne peut acquérir une certaine puissance qu'avec la coopération du mouvement oratoire, qui est la vie de la parole. Chacun sait que tout le charme de l'éloquence provient de l'art avec lequel l'orateur développe le nombre oratoire. Otez du discours la mesure, le rhythme, la période, vous lui enlevez sa vie et sa force ; la parole est alors sans action sur la multitude, qui aime à ressentir les mouvements qui l'animent. Fr. de Neufchâteau a dit avec raison :

> C'est peu d'aimer les vers, il faut les savoir lire ;
> Il faut avoir appris cet art mélodieux
> De parler dignement le langage des Dieux,
> Cet art qui par les sons des phrases cadencées,
> Donne de l'harmonie et du nombre aux pensées.

Lorsque les rhéteurs insistent sur la nécessité de la mesure, c'est comme s'ils disaient de donner des ailes à la pensée : la pensée, en effet, n'est pas le mouvement, mais c'est quelque chose qui se joint au mouvement. Ainsi la pensée et la vie sont choses distinctes, quoique étroitement liées entre elles ; mais la première ne peut se produire qu'autant que la seconde lui prête son concours et son appui. C'est pour cette raison que la parole vit, se meut, et qu'une idée marche à son but, qu'elle est portée en un clin d'œil d'une intelligence à l'autre.

Après avoir entendu une de ces compositions qui nous ont profondément émus, que reste-t-il d'une impression si vive ? La pensée : la pensée seule survit, mystérieuse expression de l'âme ; elle en conserve le divin caractère, elle devient immortelle.

Quant au rhythme, à la mesure, à la période, ces mouvements n'ont qu'une existence éphémère ; manifestations de la vie, comme elle, ils en suivent la fatale destinée. Ce rhythme, qui donnait de l'action à la pensée, se dissipe et s'efface au moment même où il se produit. Nous possédons encore les pensées de Cicéron, mais qui nous rendra les accents et le ton mesuré de sa voix, l'expression de son geste les mouvements dont il animait ses discours, cette élocution qui donnait de l'éclat à sa pensée, de l'énergie à ses sentiments ? Cette *partie vitale* du style, par laquelle il saisissait et enlevait la multitude, n'a pu parvenir jusqu'à nous, elle s'est éteinte avec lui.

Il résulte des faits que nous venons d'exposer que le caractère de la loi physiologique du principe vital, et celui du sens intime, peuvent se résumer en deux mots : *Universalité,* pour ce qui tient à la vie ; *perpétuité*, pour ce qui vient de l'âme.

Ce qui précède établit suffisamment la distinction de deux éléments qui régissent l'économie humaine, et démontre que l'individualité vitale est distincte de l'âme pensante, que les lois de l'une sont différentes de celles de l'autre. C'est pour cette raison qu'Hippocrate séparait avec soin la médecine de la philosophie : il rendit la première indépendante des aberrations de la seconde, en fixant la ligne de démarcation qui devait limiter ces deux sciences, afin que les connaissances de l'une fussent étudiées en dehors de celles de l'autre.

Relativement à la périodicité, son étude démontre d'une manière évidente que le foyer de ces mouvements alternatifs n'existe pas dans nos organes, et qu'on ne peut les rattacher à aucun système ; c'est un acte inhérent au principe de vie, à cette force immatérielle rendue sensible par des agents organiques.

Une loi que l'on observe dans tous les phénomènes de l'univers, depuis le flux et le reflux de la mer jusqu'au flux et reflux du sang, loi que l'on observe dans la succession des âges de l'homme pris isolément ou collectivement, une loi aussi universelle mérite au plus haut degré l'attention du philosophe et du médecin. Mais une question si vaste exigeait de notre part d'être limitée et surtout d'être circonscrite dans le cercle de nos études spéciales, c'est-à-dire à la pathologie ; et là, encore, nous sommes comme effrayé du vaste champ que nous aurions à parcourir, si nous voulions l'étudier dans toutes ses parties.

L'étude du mouvement périodique, comme principal attribut de la vie universelle nous a fait découvrir, lorsque nous l'avons observé dans l'homme, une force distincte du principe de vie. Cette puissance est l'âme, élément surnaturel uni hypostatiquement à l'ensemble du système, formant un tout indivisible ayant le caractère de l'unité.

Cette étude des organes, de la vie zoonomique, et du sens intime, nous révèle une triple existence, dont le développement et l'entretien exigent trois sortes d'aliments que l'homme trouve dans le monde extérieur : le premier, matériel, en rapport avec les organes; le second, subtil, délié, aérien, ce *pabulum vitæ*, en rapport avec la vie zoonomique; le troisième, sous forme de la sensation, de la parole sonore et muette, en rapport avec le sens intime, développe et grandit son existence, élève l'âme dans les régions éthérées du beau et du vrai, et rapproche la nature de l'homme de la nature divine.

Cette triple assimilation est une nécessité de l'existence, elle est le lien naturel de l'homme et de l'univers, un moyen de multiplier ses forces et d'étendre sa puissance.

On comprend, de prime abord, que cette union des trois principes doit établir une différence tranchée entre la physiologie de l'homme et celle de l'animal, et produire une différence non moins grande dans l'expression des maladies dont ils sont atteints. Aussi nous paraît-il nécessaire, dans l'étude de la médecine, d'avoir constamment en vue cette triple alliance, de ne jamais séparer l'homme intellectuel et moral de l'homme organique et matériel, mais bien de l'observer dans son entier.

Tous les auteurs qui ont écrit sur l'homme ont exprimé, chacun à sa manière, le caractère distinctif qui l'élève au dessus des autres êtres vivants; tous ont reconnu en lui le chef-d'œuvre de la création. Sans faire ici le dénombrement des productions de son intelligence, des conceptions de son génie, sans parler de la supériorité et de l'excellence de sa nature, son extérieur seul indique qu'une force mystérieuse l'anime et la distingue de tout ce qui l'entoure : sa taille est élevée, son attitude majestueuse, sa marche fière et hardie, tout en lui révèle le maître du monde et la souveraineté qu'il est appelé à exercer sur la terre; tout dans sa personne est disposé de manière à donner à sa pose et à son geste l'expression du commandement.

Mais c'est principalement sur sa face que se manifestent les signes distinctifs de sa puissance : expression si évidente, qu'elle n'échappe pas même à l'animal qui fuit le regard menaçant de son maître. Aussi peut-on avancer que si le pouls indique l'état

de la vie, la face de l'homme fait connaître l'état de son âme.

L'âme exerce un grand empire sur l'ensemble du système ; cet élément donne une énergie incontestable à la vie zoonomique, qui se manifeste dans la pose naturelle de l'homme, qui est la station : attitude en rapport, sans doute, avec sa conformation organique et les fonctions qu'il doit remplir, mais qui exige une attention particulière, un effort constant pour maintenir l'équilibre. Aussi voit-on la plupart des idiots avoir une marche incertaine et vacillante, et le plus ordinairement rester couchés ou accroupis.

Cette influence de l'âme n'avait pas échappé à Bichat : « Malgré tout ce qu'ont écrit certains physiologistes, dit-il, jamais « en irritant les nerfs des fléchisseurs on ne peut imprimer à « ceux ci une énergie comparable à celle que la volonté peut « leur donner (1). »

La puissance de l'âme est surtout remarquable dans les grandes passions. Ainsi dans la colère, lorsqu'on sent le cœur battre avec violence, le sang circuler comme un torrent impétueux, les muscles recevoir un supplément de vie, se contracter avec violence, et tous les instincts se soulever pour assouvir la vengeance, l'âme conserve encore son libre arbitre ; ou elle donnera son assentiment, ce qui doublera les forces musculaires, ou, par une détermination contraire, elle domptera cette effervescence de la vie, et tout rentrera dans le calme et le repos.

« Quand la partie brutale, dit Plutarque, combat à l'encontre « de la raisonnable, estant telle qu'elle ne peut n'y vaincre ny « estre vaincue, sans regret et douleur, incontinent ceste ba- « taille divise l'âme en deux, et rend ceste diversité toute évi- « dente et manifeste (2). »

Bossuet, d'après Saint Paul, a rendu cette vérité d'une manière plus explicite, lorsqu'il a dit : « Il y a deux hommes dans « l'homme, aussi inconnus l'un à l'autre que seraient deux « hommes différents Il y a deux cœurs dans le cœur humain ; « l'un ne sait pas les pensées de l'autre (3) »

Ce que nous venons de dire de la colère peut s'appliquer aux autres passions, qui impriment à l'organisation des mouvements appropriés à leurs divers caractères. On sait que, dans la peur, il y a une concentration des forces vitales : la respiration est courte et gênée, le sang refoulé à l'intérieur ; le visage est pâle ; les membres faibles, le pouls petit, serré, irrégulier : tous ces

(1) Bichat, *Anatomie générale*, t. II, p. 303.
(2) Plutarque, *de la Vertu morale*.
(3) Bossuet, *Sermon sur l'intégrité de la pénitence*.

signes indiquent un trouble profond du principe de vie, qui peut aller jusqu'à compromettre l'existence. Mais, remarque Zimmerman, « une âme qui a assez d'empire sur le corps qu'elle « anime, peut dissiper les moments les plus obscurs de l'adver- « sité et triompher de toutes les peines (1). »

L'action de l'homme sur l'animal tient évidemment à une supériorité de nature incontestable ; aussi voit-on l'homme le plus faible, l'enfant même, conduire et diriger l'animal le plus fort et le plus vigoureux, l'homme le plus grossier venir à bout de l'animal le plus rusé : c'est que l'un est un être doué de raison, et que l'autre n'a qu'un simulacre de raison ; c'est que l'homme est une intelligence, et que l'animal n'est qu'une image d'intelligence.

L'empire que l'homme exerce sur le globe, cette force de résistance qu'il oppose à l'intensité du froid et de la chaleur, qui lui permet de braver l'intempérie des saisons, de lutter contre les vicissitudes atmosphériques, cette vigueur de tempérament qui lui permet de vivre sous tous les climats, de se perpétuer sous toutes les latitudes, tandis que l'animal dégénère, s'abâtardit et ne peut propager sa race que lorsqu'il est dans les lieux en rapport avec sa constitution, est une preuve de la différence essentielle du dynamisme humain et du dynamisme bestial. Il serait difficile, du moins, d'expliquer le fait par des dissemblances anatomiques ; car les configurations sont les mêmes et présentent des caractères identiques, dans l'homme et les animaux des classes supérieures : un même nombre d'organes remplit le même nombre de fonctions ; le cœur, les vaisseaux, les deux systèmes nerveux fonctionnent de même ; les sensations existent chez l'animal comme chez l'homme ; l'animal a comme lui des sens, un cerveau, des cordons nerveux ; comme lui il voit les objets, leur couleur, leur forme, leur mouvement. Mais là se borne la ressemblance : l'animal voit le matériel d'un fait, l'homme seul en voit la raison : l'un voit le côté physique, l'autre s'élève jusqu'à l'appréciation de sa valeur intellectuelle et morale. Enfin, l'homme seul a un langage complet ; seul il possède le *verbe* qui le fait vivre dans le passé, le présent et l'avenir, tandis que l'animal n'a que les expressions qui appartiennent à la vie zoonomique ; c'est le cri du plaisir, de la crainte, de l'effroi, de la douleur. Chez l'homme la sensation se transforme en idée ; il est sensible au beau et au vrai, il saisit la valeur d'un raisonnement et se soumet à cette force invincible : ainsi il possède intérieurement quelque chose qui lui permet de voir

(1) Zimmerman, *Traité de l'expérience*, t. II, p. 320.

ce qui est invisible, de formuler ce qui manque de forme, de généraliser les faits, d'établir des principes et des lois. Enfin, l'homme *parle*, tandis que l'animal *bruit*.

Cette remarquable différence établit une ligne de démarcation tranchée entre l'homme et l'animal ; elle explique la vigueur, l'énergie, la force du tempérament du premier, de même qu'elle rend compte de la monotonie, du ton fixe et uniforme de la constitution du second.

Cette duplicité des forces qui anime l'homme fait comprendre pourquoi il est cosmopolite, comme aussi la simplicité du dynamisme bestial donne la mesure de la faiblesse de cette constitution, qui ne se conserve que dans le milieu qui lui est propre, qui ne peut lutter contre les rigueurs du froid et l'intensité du chaud, et qui ne peut braver la variété des climats.

Il est donc nécessaire que le médecin connaisse l'influence de l'âme sur la vie zoonomique, la force qu'elle donne à cette vie : force qui lui permet de combattre les causes délétères, l'inclémence des saisons, de résister aux lois des affinités chimiques, et qui, dans l'état morbide, fait naître des réactions nécessaires à la conservation du tout.

Le principe de vie chez l'homme lui-même est un élément imparfait, lorsqu'il est privé du sens intime. Aussi Pline remarque avec raison qu'à sa naissance l'enfant de l'homme est plus misérable que celui de l'animal : cette différence provient de ce que l'âme reste à l'état latent dans les premiers mois de la vie, et ne se manifeste qu'à mesure que les objets extérieurs impressionnent les sens et facilitent la formation des idées. Aussi cette première période de l'enfance, qui se termine à la dentition, est-elle la plus orageuse. On sait que le tiers environ des nouveau nés succombent dans ce premier âge ; mais, à partir de cette époque, le tempérament se fortifie avec le dévoloppement des idées, et la mortalité diminue sensiblement.

Chez l'adulte, l'âme et la vie sont deux forces indivises, dont l'énergie augmente en raison du développement de chacune et de leur rapport mutuel.

Quoique ces deux éléments aient des fonctions distinctes, des attributs différents, leur union est si intime, que tous les mouvements et les actes de l'homme se ressentent de cette duplicité. C'est ce qui a fait dire à M. le professeur Lordat : « Le système « humain est animé par deux puissances associées, dont les fonc- « tions constituent son dynamisme. »

Il résulte de l'analyse que nous venons de faire, qu'il existe dans l'homme deux forces, l'une à l'état personnel, l'àutre à l'état

instinctif, dont l'union produit une unité de mouvement, de relation et d'existence.

Nous n'insisterons pas davantage sur la dissemblance de la nature de l'homme et de celle de l'animal ; cette proposition nous paraît trop bien établie pour nous y arrêter plus longtemps.

Nous nous proposons aujourd'hui d'étudier le caractère de ces deux dynamismes de valeur inégale, en présence de causes morbides d'une intensité identique, de préciser les changements que ces causes peuvent leur faire subir, et les conséquences qui doivent en résulter.

Le phénomène le plus saillant et le plus tranché, qui nous paraît avoir une haute importance, est le développement de l'état fébrile intermittent ou périodique chez l'homme, et la non-existence de cette périodicité chez l'animal : ce fait est reconnu dans la science médicale de l'homme et dans celle des animaux.

Toutes les observations rapportées dans les instructions vétérinaires de France, loin de prouver l'existence de ces fièvres, militent en faveur de l'opinion contraire. Les vétérinaires anglais ont la même manière de voir ; cette pensée est suffisamment exprimée dans une phrase de l'ouvrage de M. Percival : « Lorsque j'étais élève, jamais M. Coleman ne nous parlait de fièvres, « et j'ai pu me convaincre qu'il n'en existait pas chez les animaux, quoique plusieurs traités en fassent mention (1). »

M. Girard fils, professeur à l'école d'Alfort, dit à ce sujet, « que les deux assertions de M. Grognier ne sont appuyées « d'aucune preuve, que les trois observations de M. Damoiseau « sont incomplètes, sans force et sans valeur (2). »

Ce qui a pu produire cette erreur, c'est que, dans les maladies aiguës dont les bestiaux sont atteints, on observe quelquefois, le soir, une exacerbation. Mais cette agitation peut tenir à l'influence de la nuit, de la périodicité universelle qui agit sur les animaux comme elle agit sur l'homme; on ne peut l'attribuer à un effort individuel.

Paulet, de la Faculté de Montpellier, qui a fait un des meilleurs traités des maladies épizootiques, ne parle nulle part de fièvres intermittentes (3).

M. Metaxa, professeur de médecine vétérinaire au collége de la Sapience à Rome, enseigne la non-existence des fièvres périodiques.

(1) *Elementary lectures on the veterinary*, art. 1823.
(2) *Recueil de médecine vétérinaire*, première année, t. Ier, p. 325.
(3) *Recherches historiques et physiques sur les maladies épizootiques* ; Paulet, Paris MDCCLXXV.

Notre savant et modeste confrère, le docteur Nepple, médecin de l'hôpital de Montluel, s'exprime ainsi : « Les bêtes à cornes, « de l'espèce bovine surtout, dégénèrent rapidement, comme « l'homme dans les pays d'étangs ; mais, ajoute-t-il, d'après mes « recherches, il paraît que nulle espèce de mammifères n'est « sujette à la fièvre intermittente (1). »

On se convaincra de la vérité de ces observations en comparant les effets produits par les émanations des eaux stagnantes sur l'espèce humaine et sur les animaux : Chez l'homme elles déterminent, comme on le sait, des fièvres intermittentes : chez les mammifères elles font naître des épizooties, dont la marche est continue : ce sont des typhus charbonneux, des inflammations gangréneuses sans réaction fébrile.

Les États-Romains, où la fièvre intermittente est endémique, sont souvent ravagés par des épizooties très-meurtrières, qui détruisent des troupeaux entiers. Lancisi, qui a fait une description de celle qui régna en 1712, et qui fit périr trente milles buffles ou taureaux, dit qu'elle coïncidait avec l'existence d'un très-grand nombre de fièvres intermittentes chez l'homme.

Des observations semblables ont été faites dans tous les pays marécageux et malsains. Les épizooties de Saint-Domingue, de la Guadeloupe, celle du Port Saint-Louis, décrite par Regnaut, sont remarquables par la simultanéite des fièvres intermittentes.

« C'est un fait curieux, dit M. Monfalcon dans son *Histoire* « *des marais*, que la coïncidence des fièvres intermittentes avec « les épizooties qui se sont manifestées en 1812 dans le terri- « toire d'Arles, près d'un marais voisin du Rhône (2). » M. Bailly, qui a rendu compte de ces épizooties, remarque que « la *pour-* « *riture* se développa dans les troupeaux, chez les mulets, les « chevaux, les lièvres, les lapins, et fit périr plus de cent mille « brebis, et un nombre immense dans les environs de Montpel- « lier. Des anthrax et des charbons malins atteignirent les « bœufs, tandis que les hommes furent pris de fièvres inter- « mittentes très-opiniâtres : Or, dit M. Bailly, la cause de tous « ces maux fut universellement attribuée aux pluies abondantes, « aux inondations du printemps et aux chaleurs excessives de « l'été (3). »

Faut-il, avec M. Bailly, expliquer le phénomène de la périodicité fébrile par l'habitude de l'homme de se tenir debout pendant le jour, et couché pendant la nuit, contrairement à l'animal

(1) Nepple, *Essai sur les fièvres intermittentes*, p. 13.
(2) Monfalcon, *Histoire des marais*, p. 509.
(3) Bailly, *Traite anatomico pathologique des fièvres intermittentes*, p. 10.

qui, pendant la veille et le sommeil, est constamment dans une position horizontale (1) ?

Une explication tirée des lois de la mécanique ne peut prétendre à résoudre les problèmes qui se rattachent au principe de la vie. Pour nous, la cause d une différence aussi remarquable ne peut se trouver que dans des dissemblances de nature et de constitution.

Lorsque l'on sait que la périodicité fébrile est la plus haute expression du dynamisme humain, que c'est le degré le plus élevé auquel il peut atteindre, on est conduit à conclure que ce grand déploiement de force qu'on observe chez l'homme est dû à l'alliance du sens intime et de la force vitale, que c'est à l'union des deux principes que l'homme doit cette force de réaction qui lui permet de lutter et de combattre les causes délétères, de même que les affections morbides dont il peut être atteint; et comme, dans cette circonstance, c'est la vie qui prend l'initiative, le mouvement s'opère en suivant la loi de la périodicité que nous avons reconnu être son caractère distinctif

Il y a, dans ces grandes manifestations des actes du dynamisme humain, un fait d'un ordre supérieur, quelque chose de surnaturel et de divin.

En présence de ces explosions intermittentes, on ne peut se défendre d'un mouvement d'admiration, en voyant s'élever et grandir cette effervescence de la vie, en contemplant cette force instinctive qui a le sentiment du péril où elle se trouve, semble comprendre le danger qui la menace, et se prépare à combattre la cause morbide.

D'abord, cette puissance se replie et se concentre sur elle-même, et tout le corps est glacé; puis, par un mouvement contraire, une réaction se produit, s'étend et se propage dans tout le système : la circulation s'accélère, une chaleur brûlante se développe; tout indique l'ardeur et l'activité d'une lutte intestine, qui se termine plus tard par d'abondantes transpirations qui épurent l'organisme, mettent fin à la crise, et tout rentre bientôt dans le calme et le repos.

Cette manière d'interpréter les actes de la vie rassure souvent sur le danger qui semble menacer le patient, elle donne au médecin cette sérénité qui provient de la connaissance des mouvements qui s'opèrent et du triomphe qu'ils présagent.

L'animal ne présente pas cette élévation de la force médicatrice; la simplicité de son dynamisme ne permet pas un grand effort conservateur. Chez lui, la cause délétère agit sur le prin-

(1) Même ouvrage, p. 13 et suivantes.

cipe de vie, produit une prostration profonde, altère les tissus sans trouver autant d'opposition ou de résistance que chez l'homme : aussi toutes les maladies des animaux présentent, en général, le caractère de l'adynamie.

L'enfant, qui ne possède encore que la vie zoonomique, est rarement atteint de la fièvre intermittente ; nous ne croyons même pas qu'il existe d'observation bien constatée de cette maladie dans les premiers mois de la vie ; mais, du moment où le sens intime se développe, cette puissance s'unit au principe de vie, et donne cette force et cette vigueur de tempérament qui forme le caractère distinctif de cette alliance.

Ainsi l'homme conserve sa supériorité, même dans l'état morbide ; il repousse avec force les causes qui tendent à lui nuire et qu'il parvient souvent à réduire et à dompter par la force et l'énergie de sa constitution, tandis que l'animal est en quelque sorte à la discrétion des forces qui gouvernent le monde.

En observant l'ensemble de l'existence humaine, on est frappé de cette multitude d'efforts, de luttes, de résistances, de combats, qui se succèdent dans la carrière que l'homme a à parcourir et à laquelle il semble avoir été condamné ; travail pénible, et souvent douloureux. Ainsi, dans son état physiologique et normal, l'homme lutte pour conserver sa santé ; dans son état de maladie, il lutte pour combattre les causes qui tendent à sa destruction ; dans son existence intellectuelle, il lutte pour résoudre les questions qui l'intéressent ; dans son existence morale, il lutte pour se vaincre lui-même ; enfin, il lutte pour dompter la nature entière et lui arracher ce qui est nécessaire à la conservation de ses jours.

« Ne soyons pas étonnés si le premier nom que l'homme se donna à lui même renfermait celui de douleur. « N'est-il pas « fort extraordinaire et en même temps bien philosophique, dit « M. de Châteaubriand, que le nom générique de l'homme en « hébreu signifie *fièvre* ou *douleur* ? Enosh, *homme*, vient par sa « racine du verbe Anosh, *être dangereusement malade*. Peut-être « dans un moment d'angoisse, ajoute le poëte, Adam, témoin « des douleurs de son épouse et recevant dans ses bras Caïn son « premier-né, l'élève vers le ciel en s'écriant : Enosh ! *ô douleur !* « Triste exclamation, par laquelle on aura dans la suite désigné « l'homme. » (*Voyez* la note A à la fin de cet article).

La vie de l'animal, prise dans sa plus grande généralité, est loin de présenter un semblable tableau : son existence est simple, monotone et tranquille ; il suit librement les instincts de sa nature, sans qu'il puisse y avoir contradiction dans son être ; il

trouve son gîte et ses aliments, sans qu'il lui en coûte peine, travail ou souci ; il cède aux obstacles qui se présentent, se laisse pénétrer par les causes qui lui sont nuisibles sans réagir contre elles, n'élève aucune opposition aux forces qui régissent l'univers, et quitte la vie sans résistance et sans combat.

Il est évident qu'un contraste si frappant entre l'existence humaine et celle de l'animal tient à des quantités inégales de forces, à des différences de nature, et, comme la conformation organique est la même, on ne peut chercher cette opposition que dans la dissemblance des dynamismes.

Ce qui donne une certaine valeur à l'opinion que nous cherchons à établir, c'est que l'homme, en perdant le signe distinctif qui l'élève au-dessus des autres espèces, perd aussi cette force de tempérament qui, dans l'état physiologique, le différencie de l'animal. Ainsi, toutes les fois qu'il existe une aberration de l'intelligence, une aliénation mentale, une absence complète du sens intime, on observe co stamment un abaissement des forces vitales en rapport avec le degré de l'affection.

Les maladies incidentes des aliénés offrent, à cet égard, des observations très-curieuses et qui méritent de fixer notre attention : ainsi les idiots, les personnes atteintes de folie ou de démence, présentent, dans les maladies qui compliquent cet état, le caractère d'une faiblesse radicale, une absence complète des signes d'expression ; les médecins les plus expérimentés avouent leur inaptitude dans le diagnostic des maladies qui atteignent les aliénés.

« La pneumonie qui survient chez les idiots, dit M. Chomel, « ne peut le plus ordidairement être reconnue que par la per- « cussion et l'auscultation.

« L'état de la sensibilité physique et l'absence d'intelligence, « dit M. Georget, rendent très-obscures les maladies acciden- « telles qui surviennent chez eux (les idiots); ils ne souffrent « point, ils ne savent point rendre compte de leurs sensations, « et chez eux *les maladies développent à peine les signes généraux* « *ou symptomatiques*. On est quelquefois étonné de rencontrer, « après la mort, des altérations profondes de presque tous les « organes thoraciques et abdominaux sur des individus qui « n'avaient paru malades que peu de temps avant de mourir. »

M. Esquirol tient le même langage : « Lorsque les idiots sont « malades, ils ne se plaignent point, ils restent couchés, roulés « sur eux-mêmes, sans témoigner la moindre souffrance, sans « qu'on puisse deviner la cause et le signe du mal ; ils succom- « bent sans qu'on ait pu le découvrir. »

M. Thore, dans ses *Études sur les maladies incidentes des aliénés*, exprime un fait d'une haute importance pour le sujet qui nous occupe : « Nous n'avons jamais recueilli à Bicêtre, « aucun cas de fièvre intermittente ; ainsi nous ne ferons que « mentionner cette maladie. » M. Calmeil, de son côté, a noté qu'elle était rare à la maison de Charenton, bien qu'elle fût très-fréquente dans le reste de la commune. « Jamais, dit-il, on n'a observé de fièvres pernicieuses. »

Nous sommes loin de croire, cependant, qu'un aliéné ne peut présenter les signes de la périodicité fébrile, on en trouve beaucoup d'exemples dans les auteurs ; mais nous ferons remarquer qu'il y a des degrés si nombreux, depuis l'absence d'intelligence jusqu'à la plus haute exaltatation des facultés de l'esprit, qu'il est impossible d'appliquer une règle absolue. Toutefois, nous pensons que l'idiotisme complet, de même que la démence ancienne et bien constatée, ne peut présenter cette haute expression des phénomènes vitaux.

Cependant, plusieurs de nos confrères nous ont assuré avoir observé la fièvre intermittente chez des idiots. Tout en croyant à la sincérité de ces observations, nous pensons que ces fébricitants n'étaient pas de véritables idiots. « Il est des individus, dit « M. Esquirol, qui paraissent privés de la pensée, qui sont sans « mouvement, qui restent où on les pose, qu'il faut habiller, « nourrir à la cuiller, qui ne parlent point : ne sont-ce point « des idiots ? Non, sans doute, ce ne sont point les symptômes « actuels seulement, ce n'est point une époque seule d'une ma- « ladie qui peut fournir l'idée abstraite de cette maladie ; il faut « voir, étudier cette maladie dans toute ses périodes, chacune « d'elles devant fournir quelques traits à son caractère. »

Cet habile observateur a donné l'histoire de plusieurs aliénés qui présentaient tous les symptômes qu'on prend ordinairement pour les signes de l'idiotisme, et qui étaient sous l'impression de passions fortes qui enchaînaient les facultés de l'esprit : « Quel- « ques mélancoliques, ajoute-t-il, dominés par des idées érotiques ou religieuses, présentent les mêmes symptômes : cer- « tainement, dans tous ces cas, *les facultés intellectuelles s'exercent « énergiquement, les apparences trompent; il n'y a pas idio- « tisme.* »

La maladie d'un être ne peut être que la modification de son état normal : c'est ainsi qu'un individu d'un tempérament sanguin offre, dans l'état pathologique, des signes, des symptômes différents de ceux que présente un sujet d'un tempérament lymphatique ou nerveux. On ne doit donc point être étonné de

trouver une différence tranchée entre la maladie d'un idiot et celle d'un homme doué de facultés intellectuelles ; c'est ce qui a fait dire à Hippocrate : *L'homme est malade dans le sens de sa constitution.*

Médecin depuis trente ans à l'hospice des Jeunes Filles incurables de Lyon, nous avons une expérience qui nous a permis d'asseoir notre opinion ; c'est même, en réfléchissant à l'absence des signes et des symptômes généraux des maladies accidentelles des idiots, qui sont toujours en assez grand nombre à l'établissement, que nous sommes arrivé à formuler la théorie que nous exposons aujourd'hui.

M. le docteur Falret a donné l'observation curieuse « d'une « vieille femme morte brusquement de pneumonie, dans son « service, sans qu'aucun indice ait pu faire soupçonner l'état « de la poitrine ; mais il importe, dit-il, de tenir compte de « l'aliénation pour apprécier toutes les conditions qui ont rendu « la phlegmasie latente. La vieille femme dont il s'agit (reine « de tous les lieux) était remarquable par sa loquacité habi- « tuelle et la vigueur des intonations de sa voix. »

M. Thore, qui a écrit un volume *ex professo* sur cette matière, fait cette réflexion importante : « Le pronostic de la pé- « ripneumonie est toujours grave ; on n'a guère d'espoir d'ob- « tenir la guérison que chez quelques insensés dont l'intelligence « n'a point éprouvé une profonde altération. » Il ajoute que « la gravité de la maladie est en raison de la gravité de l'état mental.

« Les maladies qui règnent endémiquement à la Salpêtrière, « dit Georget, sont toutes chroniques, atoniques, et ne cessent « ordinairement, une fois qu'elles sont déclarées, qu'avec l'exis- « tence des malades. Les affections aiguës sont au contraire « extrêmement rares, et comme accidentelles, étrangères à la « maison ; elles ne se trouvent certainement pas aux précédentes « dans la proportion de une à cinquante (1). »

Les causes traumatiques qui déterminent des inflammations violentes, et souvent un état fébrile, ne produisent chez l'aliéné aucun phénomène de réaction.

Richard Mead, n'observant aucun signe ni symptôme pathologique chez les aliénés, disait que la nature les avait préservés des autres maladies.

L'observation suivante de M. Calmeil, tend à excuser l'opinion de Mead. Il dit, à l'article *Aliénés*, du *Dictionnaire de médecine :* « Il arrive dans plus d'un cas, qu'une hépatisation d'un « lobe, de tout un poumon, n'est pas même soupçonnée pen-

(1) Georget *de la Folie*, p. 459.

« dant la vie ; le malade continue à manger, à se promener ; et « si un accident imprévu le conduit au tombeau, on découvre « avec surprise l'inflammation qui existe dans le poumon (1). »

On peut déduire de ces faits, que l'homme réduit à la vie zoonomique est incapable de réagir efficacement contre les causes délétères. Aussi, remarque-t-on que le principe de vie de l'aliéné, offre, en présence des affections morbides, le même caractère d'indifférence que celui de l'animal, aucun effort ne se produit chez l'un et chez l'autre contre les maladies dont ils sont atteints.

Toutes les causes qui affaiblissent le sens intime, une conduite sans règle et sans frein, l'exaltation des sens, la colère et les emportements, les affections morales tristes, le découragement, la crainte, l'effroi la terreur, toutes les passions qui enlèvent à l'homme sa dignité morale, exaltent les instincts de la vie zoonomique, et répriment les nobles facultés de l'âme, nuisent à la solution des maladies.

« L'hiver de l'an IV de la République (1794), dit Pinel, fut « surtout remarquable par la grande fréquence de la fièvre pu- « tride, adynamique, le plus souvent simple. Que de femmes « jouissant autrefois de toutes les commodités de la vie, furent « amenées par la disette, ou les événements de la révolution, à « la misère la plus extrême, et furent enfin forcées de chercher « un asile à la Salpêtrière ! La plupart d'entre elles furent, « bientôt après, attaquées de la fièvre dite putride, adynami- « que : pouls faible et déprimé, sorte de stupeur, rêvasserie lé- « gère, quelquefois perte totale de connaissance, avec un air « d'égarement et de consternation ; d'autres fois, langueur ex- « trême, avec dévoiement colliquatif, œdématie des membres « inférieurs, dépérissement progressif ou chute rapide des forces, « et agonie plus ou moins prolongée. On avançait peu, même « les premiers jours de la maladie, par l'application des vésica- « toires : ils ne faisaient aucune impression sur la peau ; d'au- « trefois, s'il y avait écoulement, la plaie était pâle, ou il se « manifestait quelque point gangréneux ; enfin, si les deux ou « trois premiers jours, la plaie donnait quelque espérance, elle « prenait une couleur livide du quatrième au cinquième jour, « malgré l'usage des excitants internes (2). »

Ajoutons à ce tableau l'histoire de Théroigne de Mericourt, de cette fille impudique, qui réunissait en elle tous les vices de son temps, de cette créature dominée par tous les mauvais ins-

(1) Calmeil, *Dictionnaire de médecine*, article *Aliénés*, t. II, p. 195.
(2) Pinel, *Nosographie*, t. Ier, p. 134.

tincts, vivant dans la débauche, l'agitation et le conflit des passions les plus criminelles : haineuse, colère, vindicative, ne trouvant d'aliment à son existence que dans le trouble et l'anarchie, ne respirant à l'aise qu'au milieu des saturnales révolutionnaires, et qui perdit complétement la raison lorsque l'ordre commença à se rétablir. Renfermée à la Salpêtrière, elle meurt, après dix années de délire et de démence, à la suite d'une éruption générale de boutons qui ne purent se développer.

La poésie, qui a décrit toutes les situations de l'humanité, s'exprime ainsi par la bouche de David : « L'homme, tandis « qu'il était en honneur, ne l'a point compris : il a été comparé « aux bêtes, qui n'ont aucune raison, et il leur est devenu sem- « blable. »

Si l'homme se traduit lui-même, jour par jour, dans ses mœurs, ses œuvres, ses actions, sa conduite, et laisse ainsi au monde un *fac simile* de son être, la manière dont il termine ses jours est un acte suprême qui révèle souvent sa vie entière : c'est une étincelle dont l'éclat ou la pâleur jette un dernier reflet sur le passé.

On sait que le célebre Guill. Hunter mourut avec une sérénité d'âme parfaite ; étant à son dernier moment; il dit à son ami Combe : « Si j'avais assez de force pour tenir la plume, « j'écrirais combien il est facile et agréable de mourir. »

La conclusion naturelle de ces faits est que l'état de l'âme exerce un grand empire sur l'homme, non-seulement par les modifications qu'il imprime à son caractère, mais encore par les changements qu'il fait subir à sa constitution.

Nous avons vu l'absence du sens intime, l'abaissement des facultés de l'âme, la dégradation morale, produire une débilité de la constitution, un affaiblissement du dyanisme, qui ne lui permettent plus de réagir contre les causes morbides.

Il serait facile de démontrer combien le courage, le dévouement, le développement des facultés affectives et intellectuelles, en donnant de la fermeté au caractère, fortifient le principe de vie et contribuent à maintenir l'intégrité organique. On doit donc regarder la morale comme faisant partie essentielle de l'hygiène, et reconnaître que le sage seul triomphe des grandes infortunes, comme aussi des vicissitudes atmosphériques.

Il serait difficile d'établir un parallèle exact entre les maladies incidentes des aliénés et celles des animaux supérieurs : d'abord, parce qu'il y a des degrés extrêmement nombreux entre l'idiotisme le plus complet et la folie aiguë, et, d'autre

part, parce qu'il existe des différences non moins grandes dans les espèces animales.

Toutefois, la ressemblance la plus frappante nous paraît être l'état continu et incessant des phénomènes morbides chez les uns et chez les autres, un abaissement remarquable des forces de la vie, et l'absence ou du moins la faiblesse de réaction.

Aussi, tous les médecins qui ont observé les maladies incidentes des aliénés regardent-ils l'adynamie comme le phénomène qui les caractérise.

Si l'on compare cet état de faiblesse, cette absence de réaction, aux symptômes généraux des épizooties qui ont régné à différentes époques, on est frappé de l'identité des caractères.

Fodéré les rapporte à trois variétés, qu'il désigne ainsi :

Fièvre adynamique ataxique.
Fièvre adynamique exanthématique.
Fièvre adynamique péripneumonique.

Cette observation du savant professeur de Strasbourg sur les maladies des animaux, jette la plus vive lumière sur cette question ; elle indique le rôle que joue le sens intime dans l'alliance qu'il forme avec la vie zoonomique, et donne une connaissance plus parfaite du dynamisme humain.

Le tableau suivant, tracé par Esquirol, donne une dernière preuve à cette assertion. Voici, d'après ce médecin, les maladies auxquelles succombent les aliénés :

Fièvre adynamique.
Marasme, fièvre lente.
Phthisie pulmonaire.
Pleurésie chronique.
Phlegmasie chronique de l'abdomen.
Scorbut.
Apoplexie.
Maladies du cœur.

« Il y a chez ces malades des paroxysmes fébriles irréguliers ; « ces paroxysmes ont lieu le plus ordinairement le soir ; le « pouls est faible, concentré, la chaleur de la peau mordicante ; « quelquefois la peau se couvre de sueurs visqueuses ; le plus « ordinairement elle est aride et d'un aspect terreux ; les ma- « lades succombent dans une faiblesse extrême, ne quittent « plus le lit ; ils ont de l'aphonie, ils ne mangent plus ; les traits

« s'altèrent ; enfin ils s'éteignent sans effort et sans douleur. »

Les faits que nous venons d'exposer ne peuvent trouver leur explication dans les conformations ou altérations organiques ; jusqu'à ce jour l'anatomie pathologique n'a produit que des données insignifiantes, qui n'ont jeté aucun jour sur les aliénations mentales.

Fodéré, dans son *Traité du délire*, cite nombre d'observations de nécropsie de sujets atteints de folie, de démence, d'idiotisme, d'imbécilité, observations d'où il résulte que le cerveau était resté dans l'état normal le plus satisfaisant.

M. Georget, qui avait tant à cœur de trouver la cause de la folie dans les altérations du cerveau ou du système nerveux, n'a pu citer un seul fait qui pût donner une certaine valeur à son opinion.

Dans le chapitre de son ouvrage, intitulé : *Résultat d'environ trois cents ouvertures de corps d'aliénés morts à la Salpêtrière,* il dit : « Je ne donnerai aucune observation particulière, bien con- « vaincu qu'il n'en résulterait rien d'instructif. » Ainsi, ce long chapitre n'aboutit à aucun éclaircissement. Cela n'empêche pas M. Georget de poser en principe que « tous les phénomènes « morbifiques ne peuvent exister sans une altération quelconque « de l'organe qui en est le siége, et que les lésions purement « vitales sont inadmissibles. »

Il résulte de ce qui précède que l'étude de l'organisme ne peut que signaler des résidences, que donner une connaissance détaillée des agents dont le sens intime et le principe vital se servent pour accomplir leurs fonctions ; et comme l'anatomie comparée ne fournit que des preuves de ressemblance, soit pour le nombre des organes, soit pour la nature des fonctions, il faut nécessairement chercher la cause de la dissemblance des phénomènes intellectuels et morbides dans la différence des dynamismes.

Si les moralistes ont toujours eu une répugnance invincible à accepter le dogme de l'identité de la nature de l'homme et de celle de l'animal, c'est que ce sentiment portait en lui la vérité que le temps et l'observation devaient faire découvrir. Ainsi, s'il est de notre dignité de conserver le rang que la Providence nous a donné, il est aussi de la dignité de la médecine de repousser toute solidarité avec cette philosophie matérielle qui tend à abaisser l'un et l'autre.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE NATIONALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE.

Sur les causes et l'origine du choléra. — M. Guindet adresse une note *sur les causes et l'origine du choléra.* L'auteur cherche à établir par ce travail ; que le choléra, dans son foyer primitif, est le résultat d'émanations marécageuses ; de même que, dans nos contrées, des émanations semblables produisent des fièvres intermittentes, que le principe du choléra, après avoir produit la maladie chez un individu, est à son tour reproduit par cet individu pour le transmettre à un autre ; que ce principe agit, au moyen de l'air atmosphérique, par l'absorption pulmonaire et non par l'absorption cutanée ; qu'ainsi, il n'y a pas contagion dans le sens littéral du mot.

Indépendamment des fièvres intermittentes qui ont une origine analogue à celle du choléra, on peut encore lui comparer la fièvre typhoïde, qui, prenant parfois un caractère épidémique, doit son mode de transmission à des émanations qui produisent l'infection par l'absorption pulmonaire. On peut ainsi comparer au choléra et même appeler fièvre typhoïde la maladie qui se produit généralement sur les personnes nouvellement arrivées à Paris.

Le choléra a son siége dans le système nerveux de la vie organique, c'est-à-dire que l'émanation qui produit la maladie exerce son action sur ce système nerveux.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE.

Contagion et traitement de la gale. — M. Bourguignon lit une analyse d'un mémoire sur la contagion et le traitement de la gale de l'homme. Ce mémoire a pour double objet l'étude de la question de la contagion de la gale de certains animaux à l'homme et de son traitement.

L'auteur conclu des recherches relatives au premier point que la contagion de la gale des animaux à l'homme et de l'homme aux animaux est impossible ; que les maladies de peau des animaux sont souvent pour l'homme une cause d'affection du même organe, dont le traitement ne doit pas être insecticide, antipsorique, mais celui des maladies de peau en général.

Pour le traitement, il résulte de l'essai de divers médicaments : 1° qu'un grand nombre de topiques jouissent, à des degrés différents, de la propriété de guérir la gale : ainsi le soufre, les sels potasiques, la poudre de chasse, l'huile de goudron, l'huile animale de Dippel, l'essence de téré-

benthine, peuvent, dans un cas donné, être une ressource précieuse, car, bien que les uns soient irritants et aggravent les complications, les autres, doués de couleur et d'odeur désagréables, il suffit que leur usage, pendant un temps qui varie de deux à huit jours, amène une guérison radicale pour qu'ils soient comptés parmi les topiques antipsoriques ;

2° Que trois médicaments principaux, la pommade à la poudre de chasse et au soufre, l'huile de cade, et la pomade sulfuro-alcaline d'Helmerick, supérieurs à tous les autres, auraient une efficacité identique, si la pommade d'Helmerick n'augmentait momentanément l'inflammation des maladies de peau que l'insecte fait naître secondairement ; que le médecin aura à son service trois médicaments qui guérissent sûrement la gale en quarante-huit heures, en soumettant les malades à deux frictions générales d'un quart d'heure de douze en douze heures, et en leur faisant prendre un grand bain savonneux vingt-quatre heures après la dernière friction.

M. Bourguignon dépose en même temps que son mémoire un exemplaire des gravures qui reproduisent l'anatomie et l'ovologie de l'acarus humain.

Propriété désinfectante du chloroforme. — M. Augend, de Constantinople, envoie un mémoire sur une nouvelle propriété du chloroforme.

L'auteur rapporte l'expérience suivante, qui lui a servi à établir entre l'éther et le chloroforme une ligne de démarcation bien tranchée, et l'a amené à reconnaître dans celui-ci une propriété remarquable, qui avait échappé jusqu'à présent à l'attention des chimistes.

Si l'on prend trois flacons à large ouverture, bouchés à l'émeri, qu'on verse dans le premier quelques gouttes d'éther, dans le second quelques gouttes de chloroforme, et qu'on laisse le troisième tel quel ; si on place dans chacun d'eux un morceau de chair musculaire de bœuf, qu'on les bouche et qu'on les abandonne à eux-mêmes pendant l'été, voici ce qu'on observe : la viande de bœuf, colorée en rouge brun dans son état normal, passe à vue d'œil au rouge vermeil par la vapeur de chloroforme mêlée d'air dans le second flacon, tandis que l'ether n'y produit aucun changement.

Voilà pour l'effet immédiat. Mais au bout d'une semaine de contact, les résultats sont beaucoup plus tranchés encore.

La viande conservée dans l'air a peu changé de couleur ; celle qui a été conservée dans la vapeur d'ether a bruni, tandis que celle conservée dans la vapeur de chloroforme a pris une teinte de viande bouillie.

Si on ouvre les flacons, on remarque que la viande conservée telle qu'elle est putréfiée exhale une odeur horrible ; que le même phénomène a lieu en présence de l'ether ; mais que rien n'est changé dans l'odeur

de la viande chloroformisée,, à part la saveur sucrée et l'odeur propre au chloroforme.

Le chlorofome a présenté à M. Augend des propriétés intéressantes comme *antiseptique*. Il a constaté, en effet, qu'il suffisait de 1/200me de chloroforme pour s'opposer complétement à la décomposition d'une masse de chair musculaire fraîche. Ce qui est non moins remarquable, c'est la facilité avec laquelle la vapeur de cette substance traverse les tissus les plus épais. Le chloroforme a l'avantage sur la créosote de ne point coaguler l'albumine ; il n'est pas non plus décomposé par la fibre musculaire.

L'action la plus apparente du chloroforme, non-seulement sur la chair musculaire, mais encore sur le péricarpe charnu des semences et des fruits, c'est une contraction immédiate de la fibre ou du parenchyme qui fait écouler les sucs aqueux au fond du vase où l'on opère.

L'auteur rapporte une série d'expériences faites sur un grand nombre de substances animales, et variées de différentes manières, desquelles il résulte que dans l'état actuel la propriété antiseptique du chloroforme peut être utile aux naturalistes et aux anatomistes qui veulent conserver pendant quelque temps des pièces d'etudes. Il pense qu'il pourrait notamment rendre service dans le cas où une personne, ayant été victime d'un assassinat ou d'un empoisonnement, on aurait intérêt à garder pendant un certain temps le cadavre pour des recherches de médecine légale.

Nouvelle théorie de la vision. — M. le docteur Dezautière, de Decize (Nièvre), envoie une note sur la vision. Suivant l'auteur, la rétine, tout en servant à transmettre au cerveau, pour y être changée en sensation, l'impression qu'elle a reçue des objets extérieurs, servirait aussi à redresser les images qui arrivent renversées sur la surface. En d'autres termes, la rétine serait un miroir concave qui redresse les images qui viennent renversées au fond de l'œil. C'est par ce fait qu'il explique le phénomène de redressement des objets primitivement renversés par les milieux réfringents de l'œil.

En effet, dit il, cette membrane est située au fond de l'organe de la vision ; elle est concave et sa concavité est tournée du côté du cristallin ; elle est transparente ; elle a à peu près la couleur du verre. Derrière elle existe, unie à elle, une matière d'un noir foncé, et connue sous le nom de *pigmentum nigrum*. Au devant d'elle on voit le corps vitré, qui n'est que du *verre animal*, si on peut ainsi dire, placé là pour rendre les images plus vives. On peut à juste raison considérer le corps vitré comme un premier verre placé au devant de la rétine et du *pigmentum nigrum*, cette dernière substance réfléchissant les rayons.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE.

Transmission des impressions sensitives de la moelle épinière. — M. Brown-Séquard lit sur ce sujet un mémoire qu'il résume en ces termes :

Tout le monde admet aujourd'hui que la transmission des impressions reçues par une moitié latérale du corps s'opère, en totalité, par la moitié latérale correspondante de la moelle épinière. L'auteur a trouvé, au contraire, que la transmission se fait principalement d'une manière croisée, c'est-à-dire que la moitié droite de la moelle transmet, en très-grande partie, les impressions reçues par la moitié gauche du corps, et *vice versâ.*

Par suite de l'opinion d'après laquelle la moelle épinière transmet les impressions en ligne directe, on a dû chercher ailleurs que dans cet organe la cause du croisement de l'hémiplégie dans les maladies du cerveau, et l'on s'est efforcé de trouver cette cause dans l'un des entre-croisements que l'on voit à la moelle allongée, à la protubérance et au devant d'elle. En démontrant que la majorité des fibres sensitives du tronc et des membres doivent s'entre-croiser dans toute la longueur de la moelle épinière elle-même, les expériences de M. Browm-Séquard donnent une solution nouvelle au problème de l'hémiplégie croisée du sentiment.

Voici quels sont les faits principaux qui l'ont conduit à admettre l'existence d'un entre-croisement des fibres sensitives dans la moelle épinière. Après avoir coupé transversalement, sur un mammifère, une moitié latérale de la moelle épinière à la hauteur de la dixième vertèbre costale, M. Browm Séquard a constaté : 1° que le membre postérieur du côté de la section de la moelle est non-seulement très-sensible, mais qu'il paraît manifestement plus s nsible qu'à l'etat normal ; 2° que le membre postérieur de l'autre côté est notablement moins sensible qu'à l'état normal.

Lorsqu'au lieu d'opérer l'hémisection de la moelle à la région costale, on la pratique au niveau de la troisième vertèbre cervicale, on trouve que les deux membres du côté de la section paraissent plus sensibles qu'à l'état normal, tandis que les deux autres le sont beaucoup moins.

Si l'on fait plusieurs sections complètes d'une même moitié latérale de la moelle, on trouve que la sensibilité subsiste inaltérée du côté coupé, et qu'elle est presque nulle du côté opposé.

Pour s'expliquer l'hémiplégie croisée du sentiment dans les maladies du cerveau, on a suppose que les fibres sensitives des diverses parties du corps devaient s'entre-croiser dans les centres nerveux. On sait quel desaccord existe dans la science à l'égard du lieu où s'opérait cet entre-

croisement. Il résulte des recherches de M. Brown-Séquard que c'est surtout dans la moelle épinière que les fibres sensitives s'entre-croisent, et que, s'il en existe qui, venues des membres, montent jusqu'à l'encéphale pour y faire leur entre-croisement, elles doivent être en petit nombre.

Emploi des douches froides contre le tempérament lymphatique. — M. Serres présente, au nom de M. le docteur Louis Fleury, une note sur l'emploi des douches froides excitantes contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie.

L'auteur résume ce travail de la manière suivante :

1° Les douches froides excitantes doivent être placées au premier rang des agents appartenant à la médication reconstitutive en raison de l'action qu'elles exercent sur la circulation capillaire, et consécutivement sur la composition du sang, la calorification, la nutrition et l'innervation.

2° Plus rapidement et plus sûrement que tous les agents hygiéniques et pharmaceutiques connus, elles modifient le tempérament lymphatique et lui substituent un tempérament sanguin acquis. Cette heureuse influence paraît avoir été attribuée à une double action : l'une s'exerçant sur la nutrition et la composition du sang ; l'autre sur les vaisseaux capillaires eux-mêmes, dont les propriétés vitales propres et la contractibilité sont excitées de manière à faire pénétrer des globules sanguins dans des vaisseaux qui auparavant ne donnaient entrée qu'à du sérum. Neuf enfants âgés de 3 à 12 ans, offrant tous les caractères du tempérament lymphatique le plus prononcé, ont été soumis à cette médication ; tous ont été notablement modifiés au bout de trois mois de traitement, et ceux qui l'ont suivi pendant deux années ont été complétement transformés. Les douches froides ont exercé en même temps une influence très-favorable sur le développement du corps et du système musculaire, ainsi que sur l'établissement de la menstruation.

3° Cinq jeunes filles âgées de 18 à 22 ans, affectées depuis plusieurs années de chlorose confirmée, grave, rebelle, ayant résisté aux préparations ferrugineuses et à tous les modifications hygiéniques et pharmaceutiques connus, ont été soumises à l'action des douches froides ; toutes ont guéri, la durée du traitement ayant été de sept mois au maximum, de deux mois au minimum et de quatre mois et demi en moyenne.

L'effet de la médication a été constamment le même, s'est manifesté d'abord sur les appareils digestif et musculaire, puis sur le système nerveux, et enfin sur le sang et la circulation.

4° L'anémie idiopathique et celle des convalescents disparaissent rapidement sous l'influence des douches froides, en raison de l'action que

celles ci exercent sur la digestion, la nutrition et le système musculaire, action qui favorise mieux que tout autre agent thérapeutique la reconstitution du sang.

5° Dans les anémies symptomatiques liées à certaines affections de l'utérus (déplacements et engorgements), aux névralgies anciennes et rebelles, à certaines névroses, à une hypertrophie du foie ou de la rate, à la cachexie paludéenne, à une phlegmasie chronique des organes digestifs, etc., les douches froides exercent une double action curative en guérissant simultanément et souvent l'un par l'autre les deux états pathologiques.

6° Dans l'anémie accompagnée d'hémorrhagies abondantes et répétées, les douches froides exercent également une double action fort remarquable ; en opérant la reconstitution du sang, en combattant les congestions organiques, elles diminuent ou arrêtent les hémorrhagies, qui, après avoir produit l'anémie, sont à leur tour favorisées par elle, et l'on parvient ainsi à échapper au cercle vicieux qui se présente si souvent dans la pratique.

7° Dans l'anémie liée à une affection curable, mais sur laquelle les douches froides n'ont aucune prise, celle-ci rendent encore d'importants services au praticien en améliorant l'état général du malade et en rendant ainsi plus faciles le traitement et la guérison de l'affection primitive.

8° Dans l'anémie liée à une affection incurable, les douches froides sont souvent très-utiles ; elles ont notablement amélioré l'état général de plusieurs malades atteints d'emphysème pulmonaire, d'une affection organique du cœur, de cancer, de tumeurs abdominales, etc.

De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial. — M. H. Landouzy, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, envoie un mémoire sur ce sujet. L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes

Sous le rapport pathologique.

1° L'exaltation de l'ouïe du côté paralysé est un symptôme presque constant de l'hemiplégie faciale indépendante de toute affection cérebrale;

2° Cette exaltation paraît en même temps que l'hémiplégie et disparaît avant elle ;

3° Elle doit être attribuée à la paralysie du muscle interne du marteau ;

4° Elle indique que la lésion nerveuse n'est pas située au-dessous du premier coude de la septième paire ;

5° Elle peut exister en l'absence d'hémiplégie faciale ;

6° Qu'elle coïncide avec l'hémiplégie ou qu'elle en soit indépendante, elle disparaît spontanément, complétement et dans l'espace de quinze jours à trois mois ;

7° Pour en constater l'existence, il est quelquefois nécessaire d'impressionner l'ouïe par un bruit d'autant plus intense qu'on s'éloigne davantage du début de l'affection ;

8° Un traitement spécial sera presque toujours inutile ; dans le cas où il deviendrait nécessaire, il consisterait à tamponner l'oreille du côté paralysé, et au besoin des deux côtés, pour diminuer l'action des ondes sonores, à diriger avec prudence quelques douches froides ou légèrement astringentes sur le tympan, et enfin à galvaniser le nerf facial ou la membrane du tympan ; dans le cas d'hémiplégie, le galvanisme agirait en même temps contre les deux maladies, et dans les cas d'hypercousie indépendante l'action électrique s'étendrait par la connexion des deux nerfs jusqu'à l'intermédiaire ;

9° Sous le rapport physiologique, cette hypercousie dépendante ou indépendante de l'hémiplégie paraît confirmer les inductions de M. le docteur Longet sur le nerf intermédiaire, qui devrait être considéré comme nerf moteur tympanique remplissant pour l'ouïe le rôle du nerf moteur oculaire commun pour la vue.

Inoculation de la syphilis. — M. Anzias-Turenne adresse la lettre suivante :

« La syphilis est sans contredit, parmi les maladies de l'homme, une de celles dont l'étude présente le plus d'incertitude et d'obscurité. La manière dont elle se contracte dérobe à l'observateur plusieurs circonstances importantes relativement à ses causes, à ses symptômes et à son évolution.

« L'inoculation de cette maladie aux animaux devait donc fournir la solution de bien des problèmes. Hunter et tous les syphilographes de son école avaient en vain multiplié les expériences pour arriver à ce résultat. J'ai été plus heureux, et grâce au concours de l'administration éclairée de la ménagerie du Muséum, qui m'a permis d'expérimenter sur quelques animaux et plus particulièrement sur des singes, j'ai pu résoudre un certain nombre de questions touchant l'étude de la syphilis.

« Dès l'année 1844, j'ai eu l'honneur de faire part à l'Académie des premiers succès que j'avais obtenus. Des objections s'élevèrent contre mon opinion, et les syphilographes prétendirent que le problème ne serait pas résolu d'une manière certaine, tant qu'un homme ne se serait pas soumis à l'inoculation du pus d'un chancre syphilitique que j'aurais donné à un animal.

« Quant à moi, ne trouvant aucune différence réelle entre la marche et les symptômes des chancres de l'homme et la marche et les symptômes des ulcérations que je produisais sur les animaux, je n'ai jamais douté de l'identité des deux maladies. Les faits intéressants qui m'étaient

journellement révélés par mes expériences m'encourageaient d'ailleurs vivement à poursuivre celles-ci sans m'arrêter à une objection qui me paraissait dénuée de fondement.

« Cependant M. Robert de Weltz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Wurtzbourg, s'est quatre fois soumis, par dévouement pour la science, à l'inoculation du pus des chancres que j'avais produits sur un singe et sur un chat. Ces inoculations ont réussi, et notre courageux confrère a laissé, pendant dix jours, s'étendre sur ses deux bras les quatre chancres qu'il avait ainsi contractés.

« J'ai rédigé sur cette question, dont je m'occupe depuis six années, un mémoire que je désire soumettre au jugement de l'Académie, et pour la lecture duquel j'attends que mon tour soit venu par rang d'inscription. Je développe dans ce mémoire tous les détails et toutes les conséquences de mes expériences, qui sont nombreuses et variées. Mais entre les faits qui m'ont été révélés par ces expériences, il en est un que je ne veux pas laisser ignorer plus longtemps, parce qu'il est de nature à éclaircir bien des doutes et à produire une véritable révolution dans l'étude de la syphilis. Ce n'est donc pas un fait que j'annonce legèrement ; il m'a été au contraire démontré sans aucune espèce d'exceptions par toutes les expériences que j'ai faites. Des observations entreprises sur l'homme sont venues le confirmer. On s'étonnerait à bon droit qu'il ait échappé à l'observation de tous les médecins, si l'histoire des sciences n'était pleine d'exemples de ce genre. Combien de choses nous paraissent aujourd'hui evidentes, qu'il a fallu pourtant laborieusement prouver autrefois. Le phénomène auquel je fais allusion établit de grandes analogies entre la syphilis et la petite vérole. Voici en quoi consiste ce phénomène.

« Quand on communique à un animal des chancres successifs par inoculation, quelle que soit la distance qu'on mette dans leur succession, ou de quelque manière qu'on les combine, le premier chancre se manifeste plus vite, devient plus large, fournit plus de pus, s'accompagne d'une inflammation plus grande et enfin dure plus que le deuxième. Celui ci est au troisième ce que le premier est au deuxième, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'animal ne puisse plus en contracter aucun. Cet animal se trouve ainsi *vacciné* contre la syphilis, c'est-à-dire que l'état dans lequel il se trouve relativement à la syphilis est analogue à celui dans lequel nous nous trouvons relativement à la petite vérole, après avoir subi l'inoculation du vaccin ou de la vetite vérole. Je désigne cet état par le mot *syphilisation* ou par les termes de *vaccination syphilitique*. Les singes sur lesquels j'ai expérimenté sont actuellemeut, pour la plupart, dans cet état.

« Je n'attache pas à ce mot *syphilisation* un sens assez net pour pré-

tendre qu'il pénètre au fond des choses et traduire l'essence du phénomène dont il est question. La physiologie et la pathologie ne se prêtent malheureusement pas à une aussi exacte précision. Je ne puis pas non plus décider si la *syphilisation* doit impliquer l'idée d'une imprégnation des humeurs, plutôt que celle d'une impression particulière produite sur le système nerveux. Sans connaître à fond l'état dans lequel nous place la *vaccination* ou l'*inoculation de la petite vérole*, ne savons-nous pas que cet état nous exempte pendant un certain temps de la contagion vérolense ? Eh bien! il en est de même quant à la syphilis de l'état que j'appelle *syphilisation*. L'animal *syphilisé* se trouve à l'abri de toute contagion syphilitique. Mon mémoire a principalement pour objet l'étude de la *syphilisation* et de ses conséquences.

« Néanmoins, je ne voulais pas tarder plus longtemps à signaler à l'Académie l'héroïsme de M. Robert de Weltz, et à lui annoncer une découverte qui, si je ne me fais pas illusion, marquera un grand progrès dans l'étude des sciences médicales. »

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE.

Action du suc pancréatique sur les huiles. — M. Lassaigne adresse la note suivante, intitulée: *Faits pour servir à l'histoire du suc pancréatique.*

On sait, d'après les intéressantes recherches de MM. Bernard et Barreswil, que le suc pancréatique jouit de la propriété remarquable d'émulsionner les corps gras d'origine végétale et animale, et de les transformer en acides gras et en glycérine, à la température de + 38° centigrades.

M. Bernard, en répétant dernièrement à l'école d'Alfort, de concert avec M. Colin, chef des travaux anatomiques de cet établissement, le procédé à l'aide duquel il en obtient sur les animaux, a bien voulu nous faire remettre une petite quantité de ce suc qu'il avait extrait lui-même sur un chien de moyenne taille.

Les expériences auxquelles nous l'avons soumis nous ont permis d'ajouter quelques faits à ceux déjà connus des physiologistes, et dont les principaux peuvent être résumés par les propositions suivantes:

1° L'action du suc pancréatique sur les huiles s'exerce même à la température de + 12° et à + 15° centigr. en moins de quelques heures.

2° A la température de + 15° le mélange du suc pancréatique et d'huiles d'olive s'acidifie après un temps égal dans les vases qui le contiennent.

3° Cette acidification se produit dans divers gaz, tels que l'oxygène, l'hydrogène, l'azote et l'oxyde de carbone. L'air ne semble pas participer

à cette singulière réaction, qui est peut-être due à une force de la même nature que celle désignée par Berzelius sous le nom de force catalytique, et dont la chimie inorganique et organique offre des exemples.

4° Le suc pancréatique peut conserver son alcalinité faible et sa propriété d'agir sur l'huile pendant plusieurs jours.

5° Dans les conditions où l'huile est modifiée par le contact du suc pancréatique, le sucre et la gomme, dissous dans ce fluide, conservent leur neutralité, ce qui dénote l'action toute spéciale sur les corps gras.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Application aux usages médicaux d'une nouvelle glacière portative. — M. Chevallier lit en son nom et celui de M. Poiseuille un rapport officiel sur une glacière portative, que le sieur Funet a présentée à l'Académie comme pouvant être utile pour la préparation rapide de la glace, et pouvant être un auxiliaire utile pour la thérapeutique.

L'appareil dont il s'agit se compose d'un seau en fer blanc qu'on entoure d'une étoffe de laine, et destiné à recevoir le mélange frigorifique, et d'une sorbetière qui reçoit l'eau ou les mélanges à glacer. On introduit dans le seau le mélange frigorifique, qui se compose de sulfate de soude et d'acide chlorydrique ; on mêle exactement avec un morceau de bois, puis on place la sabotière, qu'on fait tourner sur elle-même de temps en temps ; au bout de quelques minutes, on enlève le mélange frigorifique du seau, et on le remplace par une nouvelle quantité de sulfate de soude et d'acide hydrochlorique.

Les commissaires pensent que cet appareil peut être employé avec avantage dans les communes où il n'y a pas de glacières, à bord des vaisseaux, etc. En conséquence ils proposent de répondre au ministre :

1° Que l'appareil de M. Fumet peut être employé avec facilité pour obtenir de la glace pour l'usage médical dans les saisons les plus chaudes de l'année ;

2° Que le procédé proposé par M. Fumet est une application des faits publiés par Walker dès 1788.

M. Orfila fait observer qu'il existe un procédé beaucoup plus prompt, et qu'il experimente tous les ans à son cours de la Faculté. Ce procédé consiste en un mélange d'azotate et d'hydrochlorate d'ammoniaque. Il est d'autant plus avantageux qu'à la promptitude il joint l'économie, car les substances employées se retrouvent après évaporation et peuvent servir pour de nouvelles opérations. M. Orfila propose en conséquence

de modifier la première conclusion, en y ajoutant les termes suivants : « Mais qu'il serait plus utile et plus économique, dans une fabrication en grand, d'employer dans l'appareil un mélange d'eau, d'hydrochlorate et d'azotate d'ammoniaque dans des proportions déterminées, faisant chaque fois évaporer le liquide pour recueillir les sels et les faire servir de nouveau. »

MM. H. Gaultier de Claubry et Caventou parlent dans le même sens.

Après un échange de quelques observations, les conclusions du rapport sont adoptées avec la modification proposée par M. Orfila.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Corps étranger dans les voies aériennes. — M. le docteur Rendu, médecin à Compiègne, adresse une observation d'introduction de corps étranger dans les voies aériennes.

Le 8 mai 1848, un enfant de 5 ans, ayant dans la bouche un haricot, pousse des cris et est pris tout à coup d'accès de suffocation. Ces accès se reproduisent de plus en plus fréquemment jusqu'au cinquième jour. M. Rendu constate la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, et il pratique la broncho-trachéotomie. L'opération faite, les accès de suffocation cessent, mais le corps étranger n'est pas expulsé, malgré l'étendue de la plaie maintenue béante. Celle-ci est enfin abandonnée à elle-même et se cicatrise le quinzième jour après l'opération ; dès cette époque, retour des accès de suffocation, mais ils sont moindres.

Jusqu'au 25 juillet 1848 l'état reste à peu près le même ; à cette époque, trois mois après l'accident, quinte violente, expulsion brusque par la bouche de matières purulentes, au milieu desquelles se trouve le haricot qui avait germé.

Depuis cessation des accès de suffocation, mais expulsion fréquente de crachats purulents ; cette expectoration est précédée de quintes de toux.

L'enfant, qui, au moment de l'expulsion du corps étranger, était d'une maigreur extrême, a repris depuis ce temps ses forces et son embonpoint, les quintes de toux se sont éloignées, ainsi que l'expectoration purulente, et au mois de septembre 1850, deux ans et quatre mois après l'accident, l'enfant est dans un état de santé excellent.

— M. Orfila, à l'occasion du procès-verbal, expose quelques nouvelles observations sur la valeur comparative des divers procédés de réfrigération, qui viennent à l'appui de ce qu'il a dit, dans la dernière séance, du mélange d'azotate et d'hydrochlorate d'ammoniaque. D'après de nouvelles expériences qu'il vient de répéter à cette occasion, M. Orfila a non-seulement vérifié de nouveau l'efficacité de ce moyen de réfrigération,

mais il a constaté, en outre, que l'opération, qui consiste à évaporer le mélange pour en retirer les sels, produit elle-même un degré de froid considérable et susceptible d'être utilisé.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Médication arsenicale dans les fièvres intermittentes. — M. Fuster, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse une première note sur la medication arsénicale dans les fièvres intermittentes paludéennes.

Voici le résumé de cette note :

Les fièvres paludéennes invétérées, rebelles même au traitement quinique, cèdent au traitement arsenical.

Celles qui résistent à celui ci guérissent alors sous ses auspices par le sulfate de quinine.

Il faut débuter dans ces sortes de fièvres par 5 centigrammes d'acide arsénieux, pris en trois fois dans les 24 heures, et élever au besoin cette dose de 1 à 2 centigrammes par jour, jusqu'à 9 et 10 centigrammes dans les vingt quatre heures.

La meilleure formule pour son administration, soit par la bouche, soit en lavement, c'est de l'incorporer avec le sucre de lait dans la proportion d'un vingtième.

Dès que les accès ont cessé, on en diminue les doses comme on les a augmentées, jusqu'à la dose initiale.

Aucune espèce d'accident n'accompagne son usage : il est parfaitement toléré par les malades.

Dans nos contrées méridionales, les vomitifs au début et dans le cours du traitement favorisent, entretiennent ou rétablissent la tolerance pour cet acide. Il n'est besoin d'aucun régime special hors les jours du vomitif.

Les engorgements viscéraux ne s'effacent jamais aussi vite que la fièvre ; ils ne diminuent et ne disparaissent que par la persistance de l'état normal.

(Commission déjà nommée pour ce sujet.)

Médication anesthésique locale. — M. le docteur Aran, médecin du bureau central des hôpitaux, adresse une note *sur la médication anesthésique locale*, et en particulier *sur la valeur relative des divers agents anesthésiques au point de vue de cette médication*. Dans cette note, M. Aran rappel e que le chloroforme seul a été employé en application topique, et que les résultats favorables obtenus par un grand nombre de médecins étaient de nature à engager les médecins à pour-

suivre l'étude de la médication anesthésique locale à l'aide des autres agents anesthésiques connus. La difficulté était de se procurer ces diverses substances qui n'existent pas dans le commerce; mais cette difficulté a été bientôt levée, grâce à l'obligeance de M. Mialhe.

Voici les conclusions auxquelles M. Aran a été conduit par ses expérimentations :

1° Toutes les substances volatiles auxquelles on a reconnu jusqu'ici des propriétés anesthésiques générales (les diverses espèces d'éther, le chloroforme, la *liqueur des Hollandais* ou chlorure de gaz oléfiant, l'aldéhyde, la benzine) possèdent également des propriétés anesthésiques locales ou en applications extérieures sur la peau.

2° L'énergie de la puissance anesthésiante locale n'est pas en rapport direct avec celle de la puissance anesthesiante générale, mais bien en raison inverse de la volatilité de la substance anesthésique. C'est ce qui explique comment, au point de vue de l'anesthésie locale, la *liqueur des Hollandais* ou chlorure de gaz oléfiant l'emporte sur toutes les autres substances anesthésiques, comment le chloroforme l'emporte sur les éthers, comment l'éther acétique l'emporte lui-même sur les autres espèces d'éther.

3° De ces diverses substances anesthésiques, quelques-unes peuvent être appliquées sur la peau, en toute proporlion, sans déterminer aucune irritation, ainsi tous les éthers, l'aldehyde, la benzine; quelques-unes, au contraire, possèdent une âcreté particulière qui les rend plus ou moins irritantes pour la peau. Le chloroforme même le plus pur est dans ce cas ; appliqué en petite quantité, il détermine une sensation de brûlure légère, qui peut aller jusqu'à la brûlure la plus vive et jusqu'à déterminer la vésication si le contact est prolongé et la quantité de chloroforme versé sur la peau un peu considérable; cette action irritante se développe d'une manière bien plus énergique, si l'évaporation du chloroforme se fait à l'air libre sur la surface d'application. La *liqueur des Hollandais* possède aussi des propriétés irritantes, mais infiniment moins prononcées.

4° Ainsi que je l'ai dit plus haut, le meilleur de tous les anesthésiques, au point de vue de l'application extérieure; est la *liqueur des Hollandais* ou chlorure de gaz oléfiant. Son action anesthésiante se prolonge plus longtemps que celle des autres substances anesthésiques, même lorsqu'elle est employée à petite dose, de 15 à 30 gouttes, sur une surface douloureuse ; elle ne produit qu'une stimulation de la peau insignifiante, tandis que le chloroforme détermine une véritable brûlure au premier ou au deuxième degré ; elle a une odeur éthérée légère et assez agréable, tandis que les éthers, le chloroforme, l'aldéhyde, la benzine, ont une odeur pénétrante qui est assez difficilement supportée par les

malades. L'aldéhyde et la benzine en particulier ont une odeur très-désagréable quand elle est concentrée. Le seul inconvénient de la *liqueur des Hollandais* c'est que dans l'état actuel de la fabrication, son prix est très-élevé ; mais tout fait croire que, avant peu, il sera ramené aux proportions de celui du chloroforme.

5° Pour obtenir des effets anesthésiques locaux suffisants, il n'est pas du tout nécessaire d'employer, comme on le fait habituellement, des doses considérables d'agents anesthésiques. Avec 15 ou 30 gouttes au plus de *liqueur des Hollandais*, versées sur la partie malade, que l'on recouvre ensuite d'une compresse humide et d'une toile cirée, on peut arriver à calmer la douleur dans le plus grand nombre des cas où l'emploi des agents anesthésiques est indiqué.

Goître et crétinisme. — M. Ferrus se propose dans cette deuxième partie de considérer le crétinisme sous le double rapport anatomique et pathologique, et d'étudier successivement le début de la maladie, ses premiers symptômes, sa marche, ses caractères anatomiques et ses complications.

État des organes et des fonctions chez les crétins. — Après avoir indiqué, dans une ébauche rapide, les traits généraux de la constitution des populations crétineuses, M. Ferrus décrit les traits qui caractérisent leur état individuel ; nous reproduisons textuellement quelques-uns des détails relatifs à ces traits spécifiques :

J'ai déjà dit que la configuration du crâne se montrait défectueuse chez la plupart d'entre eux. Variable dans sa forme, suivant les pays et les sexes, le crâne qui subit une sensible depression à la partie superieure sur la suture sagitale est renflé, et exubérant sur les côtés et manque, dans la pluralité des cas, de concordance proportionnelle avec le visage.

Le docteur Trombotto a remarqué que la tête du crétin pubère, à son maximum de développement, est inévitablement écrasée à sa partie antérieure, également aplatie à sa partie postérieure, et latéralement large. Le front, bas et pour ainsi dire nul chez quelques uns, fuit d'avant en arrière par une progression insensible, et la tête tombe ensuite verticalement jusqu'à la protubérance occipitale.

« La moyenne de cent mesures prises par ce médecin sur des crétins adultes a démontré que le diamètre antéro postérieur, depuis la racine du nez jusqu'à la protubérance occipitale, est constamment plus court que celui lateral, près du trou auditif d'une oreille à celui de l'oreille opposée, en passant par le sommet de la tête. Le premier est toujours, dit la commission, entre 28 et 32 cent. ; et le second entre 32 et 36. Le diamètre circulaire, du nez aux trous auditifs et des trous auditifs à la

protubérance occipitale, reste entre 47 et 52. Ainsi la tête présenterait la forme d'un cône dont la pointe se trouverait en haut, à la place même où les sutures sagittales et l'ambdoïde viennent se joindre et se réunir. »

Le docteur Duclos, medecin des aliénés du Betton, ayant répété dans la vallée de l'Isère les mêmes observations, est arrivé à des constatations presque analogues. Il a signalé en particulier l'exiguité caractéristique du front et la dépression qui se rencontre sur les côtés seulement de la partie antérieure.

On a fait observer avec raison que les crétins avalaient les aliments sans les triturer, la mastication leur étant rendue en quelque sorte impossible par les dispositions de l'appareil masticateur, l'allongement de l'angle sous lequel les mâchoires se rencontrent, et la proéminence déjà signalée des arcades dentaires.

A Bicêtre, j'ai souvent fixé l'attention de mes auditeurs sur une particularité de la cavité buccale, commune chez les idiots et plus encore chez les imbéciles. Elle consiste dans l'etroitesse et l'élévation de la voûte palatine. Parfois j'ai noté une disposition semblable chez les crétins et très-fréquemment chez les plus dégradés d'entre eux l'aplatissement de cette voûte. Je ne chercherai point à réduire ici les conséquences de ses dispositions anatomiques, mais je les crois toutes deux en rapport avec la profondeur ou l'étendue de la base du crâne.

Chez les crétins les plus avancés, il reste encore quelques vestiges de mémoire ; chez les semi crétins, elle est vive et entière, en ce qui touche l'accomplissement des besoins, le lieu, les personnes ; cette faculté semble en eux plus marquée qu'on ne le rencontre pour les idiots dans nos contrées, et elle ouvre par conséquent une plus large voie d'applications à l'éducabilité dont ils peuvent être susceptibles.

Le crétin, sensible au souvenir de la douleur, ne l'est point au même degré à celui du plaisir ; quant aux facultés comparatives, absentes absolument chez le crétin complet, elles n'apparaissent qu'en lueurs confuses chez le semi crétin, et peuvent acquérir un certain degre de rectitude chez le crétineux.

J'ai dit déjà que les sensations du crétin étaient obtuses : cette obtusion porte plus spécialement sur celles de l'ouïe et de l'odorat. Les impressions et les perceptions qui en résultent sont faibles, debiles, fugitives, mais au degré où elles se produisent, elles ne sont pas perverties, ce qui ne permet point, à cet égard, d'assimiler le cretinisme à la folie ou à la stupidité proprement dite, quoiqu'il se rapproche de cette dernière.

Le langage, cette manifestation directe, et pour ainsi dire géométrique de l'intelligence, ici, comme chez les idiots, n'est pas seulement entravé par la simple obtusion des sens, mais bien plutôt par la debilité la torpeur et l'indigence intellectuelles. Chez les crétins, de même qu'on le

remarque dans l'idiotie, le langage peut, suivant une heureuse expression de la commission sarde, servir à mesurer d'une manière certaine la limite de leur dégradation et à déterminer leur classification respective.

Les crétins, capables d'avoir entre eux des communications, s'isolent néanmoins les uns des autres, et il résulte pour eux, de la communauté d'existence, des querelles fréquentes et vives. Cette tendance solitaire s'accroît d'ordinaire avec la vieillesse. Si l'on ne peut pas dire pourtant que l'instinct de sociabilité soit entièrement éteint, il ne se développe jamais en eux que dans un intérêt immédiat et personnel.

La volonté est obtuse, confuse, quelquefois nulle ; et par suite d'ailleurs de la débilité de l'appareil moteur, sa manifestation ne peut manquer de faire défaut comme le sentiment et la pensée.

Si plusieurs auteurs ont exagéré la faculté générative des crétins et la lascivité de leurs penchants ; d'autres, en revanche, me semblent en avoir beaucoup trop circonscrit la limite. Le crétin complet n'est pas, je le reconnais, enclin à l'acte générateur, et demeure, à ce qu'on assure, communément inhabile à se reproduire ; mais les semi-crétins, et les crétineux, notamment parmi les femmes, seraient, d'après mes observations personnelles, plus fallacieux, plus portés à la masturbation et au coït, que le rapport sarde ne l'indique. Je suis d'ailleurs disposé à croire que la fécondation n'est pas fréquente pour ces deux dernières classes, et que la grossesse des semi-crétines et des crétineuses est très souvent un fruit avorté ; si rares pourtant que soient ces cas, la science les doit signaler comme un fléau, et l'administration doit songer, il nous semble, à prendre toutes les mesures en son pouvoir pour en arrêter la propagation.

Le crétinisme apparaît dès l'enfance, chez les individus qui y sont prédisposés ; il ne devient évident, toutefois, qu'à l'âge où l'on voit surgir en eux quelques signes d'intelligence et quelques manifestations de langage. Les observateurs les plus compétents limitent à la septième année, comme point de départ, le développement de cette maladie. L'un d'eux, le docteur Maffey, a pensé que c'était à l'âge de 4 ans qu'on devait reporter cette limite. Jusque-là les enfants ne sembleraient qu'engourdis, retardés, *pesants*, selon la désignation vulgaire. Mais si j'en crois les renseignements obtenus sur les lieux, d'hommes qu'aucun intérêt ne portait à dissimuler la vérité, et si mes observations personnelles sont exactes, le cachet de cette cruelle infirmité se montre à une époque beaucoup plus voisine de la naissance.

L'invasion du crétinisme est annoncée aux mères par la difficulté qu'elles éprouvent à allaiter des enfants sans ressort, sans activité, sans énergie, et qui, s'ils ne refusent dans aucun cas le sein, ne le sollicitent jamais ; on va même jusqu'à affirmer que des sages-femmes expertes

peuvent, un instant après l'enfantement, annoncer avec certitude si le nouveau né doit ou non compter parmi les victimes du crétinisme.

L'enfant prédispose à devenir crétin a généralement (selon le dire de la commission sarde) une tête irrégulière et volumineuse ; ce n'est *qu'avec peine qu'il réussit à la tenir droite avant sa seconde ou sa troisième année.* Les fontanelles sont sensiblement plus larges qu'à l'état sain ; les cheveux, déjà très-épais, s'approchent à tel point des sourcils que le front est presque nul. *Les yeux sont inexpressifs et presque toujours a demi fermés ;* de rares cils protégent les paupières gonflées et pesantes. La peau du visage, ainsi que le reste du corps, est souvent livide dans les premiers mois, et devient ensuite jaunâtre ; le nez est écras, la bouche très-large. La langue, très-grosse dès la naissance, dépasse les lèvres, et les mères s'épuisent quelquefois en vains efforts pour la faire rentrer dans la bouche. Les traits, grossiers, manquent de cette rondeur et de cette élégance qu'affectent ordinairement ceux des enfants ; quelques-uns naissent avec un goître apparent, d'autres sans goître. Tous ont la tête rentrée, le cou gros et ramassé, mais plus court à la nuque qu'à la partie anterieure ; *aussi leur tête tombe presque constamment en arrière ou ploie de côté.* Le thorax est mal construit, aplati supérieurement et latéralement ; l'abdomen est élevé et gonflé ; les extrémités sont faibles, grêles et molles. Quand ils pleurent, chose rare, leurs cris sont plutôt un grognement qu'un vagissement ordinaire. Leur sommeil est presque incessant. Leur respiration est généralement lente. Bien qu'ils prennent le sein avec une certaine difficulté, ils ne semblent pourtant jamais rassasiés. Les fonctions digestives sont défectueuses, les vomissements fréquents et les déjections alvines irrégulières. Ils ne font point de caresses et ne sourient jamais.

On ne saurait méconnaître, ajoute M. Ferrus, aux lignes de ce tableau: 1° les phenomènes d'une compression cérébrale modérée, mais permanente, évidemment, caractérisée par l'obtusion des facultés, l'engourdissement général, le défaut d'expression dans les organes de la vue, qui demeurent presque toujours fermés, et plus encore par le volume insolite de la tête, laquelle ne peut rester droite avant la vingt-deuxième ou la vingt-troisième année, et qui tombe presque constamment en arrière ou se penche sur les côtés ; 2° un état constitutionnel de l'économie tout entière ; une idiosyncrasie spéciale, et, si l'on veut me permettre cette expression un peu surannée, une cachexie lymphatique et crétineuse. Les solides et les liquides ne semblent ils pas également altérés dans ces corps difformes, mous, disgraciés ? Toutes les fonctions sont languissantes ; on remarque dans celles qui président à la vie de relation une debilité voisine de l'obtusion, sans qu'elles soient pourtant éteintes dans leur principe, puisqu'elles sont susceptibles de se rétablir

plus tard, sous l'influence de soins et de médications appropriées. En un mot, l'évolution organique est complète ; mais tout l'organisme est frappé dans sa contexture et entravé dans l'action de ses éléments vitaux les plus essentiels. Comment, en effet, comprendre que le corps humain se puisse développer jusqu'à l'état normal d'une manière favorable et régulière quand des sens imparfaits ou obtus n'éveillent point l'action cérébrale, ou plutôt quand celle-ci, n'ayant ni initiative, ni puissance, ne répond point sur les fonctions son influence salutaire?

Atteinte à sa source, on le voit, la vie du crétin, pendant toute sa durée, demeure engourdie et languissante ; le cœur est sans ressort, la circulation lente, la respiration incomplète, sifflante, *râleuse*, par suite des mucosités qui obstruent les bronches, la trachée et les fosses nasales, ce qui est dû évidemment à la débilité des muscles de l'appareil respiratoire. Nulle activité dans l'appétit. Les crétineux seuls montrent une voracité impatiente, et font soupçonner par leurs gémissements que leur estomac obéit à de pressantes sollicitations. L'hématose se fait mal, et le sang, privé des qualités que lui donne sans doute l'influx nerveux, est également altéré dans sa composition chimique. Les digestions, imparfaites et lentes, ne peuvent être suivies d'une chylification bien élaborée. D'autre part, les organes qui président aux mouvements volontaires ou les exécutent s'atrophient par l'absence de la volonté. Les muscles dès lors, tant par manque de mouvement que par l'effet d'une nutrition viciée, baignés d'ailleurs dans la sérosité dont le tissu cellulaire est infiltré, au lieu de s'enrichir en fibrine, deviennent flasques, mous et sans myotilité. Enfin le système osseux se déforme, et le corps s'affaisse alors par sa laxité, sa pesanteur et le défaut de support dans sa charpente osseuse.

On a constaté, du reste, la concordance qui se rencontre entre l'abaissement de température du corps de l'élévation de degré du crétinisme. Le docteur savoisien, qui, dans cette question, a toute l'autorité de l'expérience, assure que les inspirations, qui sont, chez l'homme sain, de dix-huit par minute, descendent à quinze chez le crétin.

Il y a pour ce dernier, dans le pouls, quatre à cinq pulsations de moins, et la température du corps est plus basse de 2 degrés.

Quant aux fonctions de la peau, peu actives chez les crétins, elles ne donnent lieu qu'à une transpiration insensible, ce qui force d'expliquer par la malpropreté de leurs habitudes l'odeur infecte qu'ils exhalent.

Marche de la maladie. — L'état du crétin complet n'éprouve ni point d'arrêt ni amélioration fugitive, tandis que celui des semi-crétins et des crétineux est susceptible de se modifier favorablement, quelquefois par les seuls progrès de l'âge, et plus sûrement sous l'influence des travaux auxquels ils peuvent être assujettis. C'est particulièrement de

6 à 7 ans, période de croissance et de développement, que la guérison peut s'opérer....

Anatomie pathologique.— C'est à un développement osseux exagéré que se rattachent les phénomènes qu'on doit regarder comme produits par une ossification trop active, entre autres la réunion des sutures qui devraient persister jusqu'à la fin de la vie.

Les os, séparés chez le fœtus, *se réunissent difficilement ; les deux parties de l'occipital sont mal jointes*, et une dépression sensible en est le résultat. Les os wormiens sont fréquents, et donnent à la suture simple l'aspect d'une double suture.

L'occipital est plus rarement altéré dans sa position et sa direction que dans sa courbure. Cette courbure est exagérée d'un côté ou des deux côtés ; elle est d'un moindre diamètre, ou elle manque d'une manière absolue.

Ces mêmes irrégularités s'étendent jusqu'aux dimensions des canaux et des orifices du nerf et des vaisseaux. Une des fosses jugulaires est souvent plus grande que l'autre ; il en est de même pour l'orifice externe de l'oreille.

M. Ferrus fait ressortir, dans la description pathologique, deux ordres de phénomènes essentiels :

1° Un état constitutionnel de l'économie entière ; un tempérament propre, une cachexie lymphatique et crétineuse ;

2° Une compression cérébrale modérée, mais permanente, signalée par l'obtusion des sens et des facultés, l'engourdissement général de l'économie, le volume insolite et la vaccillation continuelle de la tête.

Pour le premier de ces points, dit il, rien n'est plus spécialement propre à caractériser l'état constitutionnel natif, ou tout au moins très-précoce, que les arrêts de développement dans la formation même du système osseux.

Quant au second, on trouve, dans ces recherches d'anatomie pathologique nouvelles et complètes, la cause matérielle évidente de tous les phénomènes observés pendant la vie. Il n'est donc pas permis, suivant M. Ferrus, de regarder comme de récentes altérations, d'une part, cette déformation de la tête, qui s'élargit sur les côtés en se déprimant d'avant en arrière ; de l'autre l'agrandissement des deux ventricules moyens, constamment remplis de sérosité, et considérablement distendus au profit de la masse cérébrale comprimée.

On rencontre en effet, dans cette double circonstance, les deux espèces d'hydrocéphalie qu'ont décrites les auteurs, sous les noms d'hydrocéphalies internes et externes, puisque indépendamment de la distension des ventricules produite par l'accumulation de sérosité, cette partie liquide entoure et comprime la masse cérébrale elle-même.

Les conditions, d'ailleurs, sous lesquelles cette sérosité se présente à la surface du cerveau, les adhérences des membranes avec la substance cérébrale, laquelle offre, à ton tour, un état anormal de ramollissement, en un mot, toute cette partie de la description anatomique, se rapporte également et avec la même exactitude à l'hydrocéphalie et à l'œdème cérébral.

M. Ferrus termine par une dernière observation, relative au volume de la tête : c'est que l'œdème cérébral et l'hydrocéphalie, à différents degrés sont loin d'être incompatibles avec la microcéphalie.

Au double point de vue moral et médico-légal, les crétins, suivant le degré qu'ils ont atteint, sont de véritables idiots ou simplement des imbéciles. Dans les deux cas, et contrairement à ce qui existe, il serait urgent de leur appliquer les mesures d'administration, et de les soumettre aux règles législatives que le Code civil et la nouvelle jurisprudence sur les aliénés prescrivent à l'égard des individus chez lesquels la liberté morale est faible, troublée ou abolie, au point d'assurer à leurs actes le bénéfice de l'irresponsabilité.

Au point de vue pathologique, au contraire, les crétins sent tellement distincts des idiots qui se rencontrent au milieu de populations saines, qu'il est indispensable de tracer entre eux une ligne de démarcation profonde, et qu'il serait impossible de les confondre dans une classification rigoureusement scientifique.

Après avoir comparé avec le crétinisme l'idiotie, l'imbécilité, M. Ferrus conclut que c'est improprement qu'on désigne le crétinisme sous le nom d'idiotisme endémique. Pour donner une idée plus précise de sa nature et de ses phénomènes essentiels, ajoute-t-il, c'est à la stupidité, maladie mentale fort bien décrite parmi nous depuis quelques années, qu'il conviendrait de comparer le crétinisme, en se gardant toutefois de le confondre avec elle. Indépendamment, en effet, de quelques phénomènes pathologiques importants de son invasion et de sa marche, rien, dans cette dernière maladie, ne semble tenir, comme dans le crétinisme, à un vice de la constitution. La stupidité et le crétinisme se rapprochent néanmoins, au point de vue symptomatique, par l'engourdissement, l'obtusion des facultés intellectuelles, qui, dans la généralité des cas, sont bien loin d'être abolies.

Ces deux affections sont unies par des liens plus intimes encore sous le rapport anatomique ; car une suffusion séreuse a paru, à titre de cause matérielle, leur être commune dans toutes les circonstances où les autopsies ont pu être pratiquées avec les soins désirables.

Quoi qu'il en soit, au reste, sur l'exactitude plus ou moins rigoureuse de ces divers rapprochements, M. Ferrus définit le crétinisme une hydrocéphalie œdémateuse chronique, se rattachant aux vices des localités,

aux dispositions générales de l'économie, à l'hérédité, aux affections fœtales ou bien à celles de l'enfance.

Du rôle de l'œdème intra-laryngé et de l'œdème de l'arrière-bouche dans le cas d'angine laryngée œdémateuse. — M. Sestier lit sous ce titre un mémoire dans lequel il s'est proposé de rechercher toutes les circonstances propres à faire prévoir l'invasion plus ou moins prochaine de cette maladie et à en rendre le diagnostic plus certain dès son début, ainsi que les moyens les plus efficaces à opposer au danger imminent que courent les malades atteints de cette affection.

L'auteur s'attache d'abord à faire ressortir l'importance des lésions anatomiques caractéristiques de l'angine laryngée œdémateuse, et en particulier de l'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux de l'intérieur du larynx et de l'arrière-bouche.

L'œdème interne du larynx, dit M. Sestier, tend à obscurcir le diagnostic de l'angine œdémateuse, en altérant un des symptômes pricipaux de cette affection, la facilité de l'explication contrastant avec la difficulté de l'inspiration. Il aggrave le danger que court déjà le malade par suite de l'infiltration des replis supérieurs de l'organe.

D'autres circonstances qui rendent très-redoutables l'œdème des cordes vocales, c'est que le tissu cellulaire sous-muqueux de cet organe est fin et serré, et que le liquide une fois infiltré dans ce tissu ne peut être résorbé qu'avec difficulte et lenteur, et qu'enfin il est inaccessible aux moyens directs de traitement.

En effet, lorsque l'intérieur du larynx est exempt d'œdème et l'infiltration uniquement bornée aux replis aryténo-épiglottiques, la déchirure, les scarifications des bourrelets, les insufflations d'alun, la solution d'azotate d'argent, etc., conserveront tous leurs avantages ; mais si l'œdème interne du larynx s'ajoute à celui des replis supérieurs de l'organe d'abord certains moyens directs, tels que la compression, la déchirure et les scarifications n'auront absolument aucune prise sur lui. On devra, en conséquence, insister d'autant plus sur l'emploi des moyens indirects, tels que les émissions sanguines, l'huile de croton tiglium à l'intérieur comme purgatif, le vésicatoire, etc. Mais s'il est difficile d'obtenir rapidement et à temps à l'aide des seuls moyens généraux et indirects, la résorption du liquide infiltré dans les replis supérieurs du larynx, il sera bien plus difficile de l'obtenir dans le cas d'œdème intra-laryngé. En conséquence l'œdème une fois développé dans l'intérieur du larynx rend la bronchotomie plus nécessaire et plus urgente que lorsque les plis supérieurs de cet organe sont seuls infiltrés.

Suivant M. Sestier, il n'y a aucun signe à l'aide duquel on puisse affirmer positivement que l'œdème intra-laryngé manque ou existe; mais il

y a des circonstances, telles que l'antécédent du malade, la forme étiologique de la maladie, la gêne de l'expiration, l'engorgement de l'arrière-gorge, etc., qui fournissent une probabilité plus ou moins grande.

L'œdème de l'arrière-bouche lui paraît en outre fournir d'utiles renseignements sur la nature de l'angine laryngée œdémateuse. Il recommande, dans ces circonstances, les scarifications des bourrelets, qui lui paraissent d'une très-grande utilité, surtout si l'infiltration laryngée dépend d'un obstacle à la circulation veineuse ayant pour siége le cœur lui-même ou le trajet des grosses veines du cou ; si l'infiltration laryngée dépend d'une anasarque consécutive à la scarlatine, à la miliaire ; si elle dépend d'une cachexie séreuse survenue à la suite de fièvres intermittentes répétées, d'affection scorbutique ou cancéreuse ; en d'autres termes, toutes les fois que l'œdème du larynx sera à l'état passif ou voisin de cet état.

M. Sestier termine son mémoire par la relation de deux observations qu'il rapporte comme preuve de l'infiltration de l'arrière gorge et de l'importance de ce signe dans le diagnostic de l'angine laryngée.

(Commissaires : MM. Bouillaud, Gaultier de Claubry et Michel Lévy.)

Extraction d'un calcul engagé dans la région prostatique de l'urètre. — M. Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital d'Arras, présente un calcul d'un poids de 26 grammes, de forme allongée, long de 8 centimètres et épais au centre de 2 centimètres environ, ressemblant assez bien à un petit poisson. Ce calcul a été extrait avec succès de la région prostatique et membraneuse de l'urètre. Le malade, âgé de 33 ans, avait été opéré, à l'âge de 6 ans, par la lithotritie ; à 13 ans, il subit une nouvelle opération de la taille périnéale ; mais le calcul s'étant brisé sous la pression de l'instrument, l'extraction des fragments devint très-laborieuse. Ce fut six mois après cette dernière opération qu'il éprouva une vive douleur au col de la vessie, suivie d'une grande difficulté d'uriner. Tout à coup, à la suite de violents efforts, le calcul franchit le col de la vessie, s'engagea dans le canal de l'urètre en s'arrêtant dans la portion prostatique et membraneuse. Quelques jours après, le calcul rentre dans la vessie et revient ensuite dans l'urètre. Ce va-et-vient urétro-vésical a duré 9 ans, avec cette circonstance remarquable, que la présence du calcul dans l'urètre était quasi insensible, tandis que dans la vessie il y occasionnait de vives douleurs, tout en rendant très-pénible l'émission des urines. Il finit enfin, il y a 9 ans, par suite probablement des manœuvres réitérées que faisait le malade pour le retenir dans l'urètre, par s'y fixer et par en prendre la forme, mais non sans le dilater beaucoup. L'extrémité urétrale de ce calcul est arrondie, tandis que son extrémité vésicale est mince et aplatie.

L'extraction, qui a présenté quelques difficultés, a été faite au moyen

d'une boutonnière d'un pouce et demi. Le rapprochement des bords de la plaie a été maintenu au moyen de quatre serre-fines qui ont produit un très-bon résultat.

— M. Huguier présente un jeune garçon affecté d'un énorme polype du nez qui distend outre mesure les parois de la face et fait une saillie considérable au-dessous des orifices des fosses nasales. M. Huguier se propose d'opérer ce malade et de le soumettre ensuite à l'examen de l'Académie.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BRICHETEAU.

Moyen de combattre le priapisme.— M. Sistach, sous-aide-major à l'hôpital militaire de Perpignan, adresse un mémoire sur les érections génitales morbides chez l'homme.

L'auteur propose la compression du prépuce au moyen d'une ligature circulaire, comme moyen de traitement de cette incommodité.

Voici les conclusions dans lesquelles il résume son travail ;

1° Pour prévenir les érections nocturnes, il faut lier modérément le prépuce, en avant du gland, lorsque le malade se couche.

2° Pour la combattre pendant son évolution, on maintient avec les doigts, pendant une minute, le prépuce amené en avant du gland.

Ces moyens peuvent être employés dans le priapisme, le satyriasis, la masturbation, dans toutes les affections enfin, où l'érection se produit.

Scarifications multiples du col dans la leucorrhée symptomatique. —M. le docteur Alex. Mayer (de Belfort) envoie un mémoire sur les scarifications multiples du col, au moyen d'un instrument nouveau, dans le traitement des leucorrhées symptomatiques des engorgements utérins.

L'auteur conclut :

1° Qu'il est une espèce de leucorrhée symptomatique d'un engorgement aigu ou chronique de la matrice ou seulement du col ;

2° Que cette espèce de leucorrhée incoercible par les moyens ordinaires exige les déplétions sanguines locales ;

3° Que les sangsues appliquées loin du col sont inefficaces, et que leur application sur le col même est hérissée de difficultés telles que ce moyen est tombé en désuétude ;

4° Qu'il est possible de suppléer à l'action locale des sangsues par des scarifications multiples de la surface externe du col de l'utérus ;

5° Qu'un instrument spécialement adapté à cet organe, et rendant l'opération des plus faciles, mérite de fixer l'attention des praticiens, et de prendre place dans le traitement d'une affection souvent rebelle à toute autre médication.

(Comm. : MM. Velpeau, Récamier et Hervez de Chégoin.)

Emploi des enduits imperméables contre les inflammations de la surface du corps. — M. Robert Latour adresse sur ce sujet la lettre suivante :

« Lorsqu'au mois de mars dernier, je fis part à l'Académie des résultats remarquables que j'avais obtenus de l'emploi des enduits imperméables contre les inflammations de la surface du corps, j'espérais que, déduite de notions physiologiques, et appuyée de faits accomplis dans un grand service d'hôpital, sous le contrôle public, cette médication fixerait l'attention des membres de la commission à qui vous en remettiez l'examen. Le silence gardé jusqu'à ce jour sur ma communication serait il une condamnation ? J'hésite, je l'avoue, à y attacher un tel sens, quand je vois la méthode thérapeutique dont j'ai signalé à l'Académie les précieux avantages, se développer, s'étendre, et partant, tenir ce qu'elle a promis. Je ne citerai pas ici d'observations particulières : les succès, aujourd'hui, se comptent par centaines ; et pour n'énoncer qu'un fait général, mais significatif, je dirai qu'à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton, depuis six mois que l'érysipèle, de cause traumatique ou autre, est attaqué par un enduit de collodion, pas un malade n'a succombé à cette affection, bien qu'elle se soit présentée fréquemment et sous les formes les plus variées et les plus graves.

» J'ajoute que cette médication, par laquelle je n'avais d'abord combattu que les inflammations extérieures, telles que l'érysipèle, le zona, le furoncle, le phlegmon sous cutané, j'en ai depuis étendu l'application à plusieurs autres maladies inflammatoires, parmi lesquelles je me borne à signaler aujourd'hui le rhumatisme articulaire aigu et la goutte. Trois fois j'en ai fait usage contre cette dernière affection, et trois fois le succès le plus frappant s'est opéré sous mes yeux. L'électricité n'est pas plus prompte à transmettre la pensée que ne l'a été, ici, l'enduit imperméable à dompter la douleur, et la résolution de l'engorgement inflammatoire, commençant immédiatement, était complète vingt-quatre heures après. Quant au rhumatisme articulaire aigu, de tous les traitements dont il a été l'objet ; il n'en est aucun dont les résultats soient comparables à ceux qu'on obtient par la suppression de l'action calorisatrice de l'air sur les parties affectées ; et c'est chose merveilleuse de voir, sous l'empire de cette médication, le malade, immédiatement soulagé, passer de l'anxiété au calme, de l'insomnie au sommeil, et la fièvre s'éteindre en un laps de temps dont on est loin de soupçonner la brièveté ; 36 heures m'ont suffi récemment pour remporter un tel avantage, dans un rhumatisme des plus aigus, alors que, depuis trois jours déjà, les pieds, envahis dans toute leurs articulations, étaient fort tuméfiés, ainsi que les genoux, qui tous deux accusaient la présence d'un épanchement considérable. Symptômes généraux et phénomènes locaux, tout fut dissipé à la fois,

et le malade, entrant en convalescence, faisait usage de ses membres, le quatrième jour du traitement.

» Je regretterais que l'Académie ne vît, dans cette médication, qu'un heureux essai d'un vulgaire empirisme : c'est dans la physiologie que s'en trouvent les éléments, et je donnerai une idée des recherches et des travaux dont elle est le fruit, en résumant dans les propositions suivantes, la filiation des faits auxquels elle se rattache :

» 1° La chaleur animale est la force dynamique de la circulation capillaire ; c'est-à-dire que cette circulation est le but physiologique de la fonction calorisatrice, comme je l'ai démontré dans un travail publié dans la Revue médicale, cahier d'août 1846.

» 2° L'inflammation est un fait d'hydraulique animale, subordonné à l'intensité de l'action calorisatrice. En d'autres termes, l'exagération locale de la chaleur organique est le principe de l'affection, et tous les caractères matériels ne sont que des effets physiquement enchaînés à ce phénomène primordial. Cette proposition, je l'ai amplement développée dans un ouvrage publié en 1838, sous le titre : Qu'est-ce que l'inflammation ? qu'est-ce que la fièvre ? Et peu après, dans un autre travail, où je démontrai, par des expériences directes, l'inaptitude des animaux sans chaleur, à contracter l'inflammation.

» 3° Pour combattre avec succès l'inflammation, il faut donc attaquer la chaleur animale, dans ses éléments essentiels.

» 4° Les expériences du docteur Fourcault ont invinciblement prouvé que l'action immédiate de l'air sur la peau, est une condition absolue de l'exercice de la calorification.

» 5° Donc, la première condition à remplir contre les affections inflammatoires, c'est d'enchaîner la production de la chaleur animale par la suppression du contact de l'air sur le point de la peau correspondant à la maladie.

» Ces dogmes de philosophie médicale, les résultats cliniques les justifient chaque jour, et je ne crains pas de me commettre en leur marquant, pour l'avenir, une place élevée dans la science, comme prix de l'éclat et de la certitude dont la pratique médicale leur sera redevable. Les faits qui, depuis huit années, se sont accomplis sous mes yeux, autorisent une telle prétention. »

Varice anévrismale guérie par la ligature. — M. Roux communique une observation de varice anévrismale opérée avec succès pour servir à l'histoire de l'anevrisme artérioso-veineux.

Cette varice anévrismale avait son siege au bras gauche dont elle comprenait au moins tout le système veineux superficiel ; elle avait succédé à une saignée malheureuse ; elle datait de six années au moment où le

malade vint se confier à M. Roux. M. Roux lui a pratiqué la ligature de l'artère brachiale, non plus seulement au-dessus de la tumeur ou du côté du cœur, comme s'il s'était agi d'un anévrisme proprement dit, ou spontané, ou faux consécutif, mais immédiatement au-dessus de l'ouverture anastomotique. Il a donc agi au pli du bras en ménageant les veines autant que possible. L'opération pratiquée le 28 août, il y a trois mois environ, a eu le plus heureux résultat ; toute trace de la maladie a complétement disparu.

M. Roux présente à cette occasion quelques considérations puisées dans le rapprochement des cinq cas, y compris celui-ci, dans lesquels il a eu l'occasion d'observer ce genre d'anévrisme. Voici les données générales qu'il en déduit

Ces faits confirment que si, rigoureusement, la varice anévrismale peut être quelquefois spontanée, elle est bien plus souvent d'origine traumatique.

Ils confirment aussi que, de toutes les causes traumatiques, celle qui la produit le plus ordinairement, c'est la saignée au pli du bras avec simple piqûre ou lésion plus étendue de l'artère brachiale ; et qu'à cause de cela la varice anévrismale et l'anévrisme variqueux proprement dit se montrent bien plus fréquemment au bras que dans quelque autre région du corps que ce soit.

Ils m'autorisent à penser et à dire que la maladie est beaucoup plus fréquente au bras gauche qu'au bras droit, ce qui doit être pour le phlébotomiste un avertissement, et lui inspirer des précautions auxquelles on n'a peut être pas assez songé jusqu'à présent.

Ces faits ne tendent-ils pas aussi à fortifier les chirurgiens dans l'opinion qui, du reste, tend à devenir de plus en plus prédominante, à savoir, que, si l'on doit entreprendre la guérison d'un anévrisme variqueux ou même d'une simple varice anévrismale par la ligature de l'artère qui verse le sang dans les veines, l'opération doit être pratiquée la même où est l'ouverture anastomotique, et non pas par ce qu'on nomme la méthode d'Anel ou de Hunter.

N'autorisent-ils pas enfin à penser qu'il peut y avoir de graves inconvénients à abandonner trop longtemps à lui-même l'anévrisme artérioso-veineux sous l'une ou l'autre de ces deux formes, et que, lorsqu'à raison de son siége il y a possibilité d'en entreprendre la guérison, l'opération à faire est plus simple et plus susceptible de réussir quand la maladie est récente que lorsqu'elle est ancienne.

---

18. *Réunion d'une partie du petit doigt, séparée du corps*; par M. Testa.

(Il Filiatre Sebezio.)

A défaut de travaux de plus haute portée, nous sommes trop souvent obligés d'enregistrer des observations semblablables à celle-ci, où l'authenticité d'un phénomène curieux forme tout l'intérêt de la communication. Cette circonstance du moins existe ici toute entière ; et rien ne paraît plus certain que l'ancienne et complète séparation de la portion de doigt qu'on parvint heureusement à réunir.

Obs. — Tommaso Bonito, âgé de 21 ans, de tempérament sanguin-nerveux, menuisier, se présenta le 8 juin, vers cinq heures du soir, à l'hopital, pour une blessure qu'il venait de se faire une heure auparavant au petit doigt de la main gauche.

Après avoir enlevé un linge qui le recouvrait, M. Testa vit le petit doigt tranché presque en travers, mais un peu obliquement en bas, et en avant, vers le milieu de la racine de l'ongle. La plaie résultant d'un coup de couteau était lisse, nette. Deux artérioles fournissaient un jet de sang continu. On l'arrêta par la compression, et l'on vit au centre de la surface de la partie tronquée de la phalangette.

Le blessé déclara qu'il avait inutilement cherché le morceau de son doigt. Comme il était impossible de mettre les deux lèvres de la plaie en contact, M. Testa pansa de manière à les rapprocher autant que possible, tout en établissant une compression capable d'empêcher l'hémorrhagie.

Cela fait, le malade fut conduit par un infirmier auprès du commissaire du quartier pour y faire sa déclaration. Il retourna ensuite chez lui, où après des investigations plus attentives, il finit par trouver son bout de doigt.

Lorsqu'il revint à l'hôpital, il s'était écoulé environ deux heures depuis le moment de l'accident. La surface de ce morceau de doigt était exactement semblable à celle du moignon. On y distinguait une partie de l'ongle et le bout de la phalangette.

Froid comme le marbre, d'une teinte bleu clair, la pression n'en faisait pas sortir une goutte de sang.

Malgré ces conditions défavorables, M. Testa résolut de tenter la réunion. Il fut encouragé à l'essayer par cette pensée que si elle ne réussissait pas, cet insuccès n'aggraverait en rien les choses, puisque de toute manière on était dans l'impossibilité d'obtenir l'adhésion des lèvres de la plaie par première intention.

En conséquence, il enleva l'appareil précédemment posé ; aussitôt l'hémorrhagie se renouvela. M. Testa en profita, et se servit du sang lancé pour laver la surface du morceau détaché, dans l'espoir que le contact du sang, outre sa température élevée pourrait exciter la vitalité des nerfs de la partie, comme leur stimulant naturel. Ceci fait il adapta aussi bien que possible l'une contre l'autre les deux parties lésées ; puis il les maintint au moyen de trois bandelettes, dont deux croisées sur l'extrémité du doigt, et la troisième entourant circulairement les deux premières, et recouvrant exactement la circonférence de la plaie pour forcer en quelque sorte le sang à enfiler les artériolles du morceau séparé. Une attelle courbe servit à tenir le doigt immobile dans la demi-flexion.

Le quatrième jour, le défaut de fétidité engagea à suspendre tout renouvellement de pansement, quoique le bout du doigt semblât être devenu noir.

Le douzième jour, on trouva que sous l'épiderme détaché le derme était de couleur rouge, et que l'adhésion entre les deux morceaux était faite en grande partie. Les pansements furent continués tous les matins. L'angle finit par se détacher.

Enfin, après trois semaines, l'union était achevée ; mais il resta un peu d'atrophie de l'extrémité séparée. En outre, une escarre de 2 à 3 lignes de largeur s'y forma. Mais après la chute de cette escarre et la guérison de la plaie qui lui succéda, c'est-à-dire au bout de quarante jours, cet homme fut présenté à l'Académie médico-chirurgicale de Naples qui constata le fait de la réunion.

M. Testa paraît attacher une grande valeur à l'irrigation de sang artériel sur la surface du morceau détaché. Ce serait effectivement un secours à ne pas négliger dans des circonstances semblables.

---

19. *Méthode pour guérir la claudication résultant du chevauchement avec union réciproque des fragments du fémur;* par M. le docteur Rizzoli.

(Il Raccoglitore Medico.)

L'idée de ce moyen a été fournie à l'auteur par un hasard heureux. Ayant eu à traiter d'une fracture du fémur droit un homme qui avait eu autrefois une fracture du fémur gauche guérie avec raccourcissement, il imagina de laisser les fragments de l'os récemment cassé chevaucher peu à peu, jusqu'à ce que ce membre eût ainsi atteint la longueur de l'autre; et le blessé demeura par la suite exempt de claudication.

Cette observation fit songer M. Rizzoli à obtenir le même résultat dans les claudications de cette espèce, en fracturant artificiellement le fémur sain, puis le laissant chevaucher de manière à devenir aussi court que celui de l'autre côté. L'expérience est déjà venue sanctionner cette théorie de la manière la plus heureuse, ainsi qu'on en pourra juger par le fait suivant.

Obs. — On présenta à M. Rizzoli une enfant de famille noble âgée de 9 ans, qui boitait depuis le moment où elle commença à marcher. Comme cause de cette claudication, le médecin ne trouva qu'une tumeur osseuse, au voisinage du grand trochanter gauche. C'était le résultat d'une fracture du fémur, survenue à 7 mois, dissimulée par la nourrice, et qui s'était consolidée avec chevauchement des fragments; ce qui rendait ce membre plus court que l'autre d'un pouce et trois quarts. D'ailleurs la petite malade n'avait ni scrofule, ni rachitisme, ni aucun autre vice de la constitution. Ainsi que ses parents, elle manifestait le plus vif désir d'être guérie, au prix de quelques souffrances que ce pût être.

Inspiré par le souvenir du fait que nous rappelions tout à l'heure, M. Rizzoli résolut de réaliser artificiellement les mêmes conditions, c'est-à dire *de fracturer obliquement le fémur du côté sain, puis de le laisser raccourcir et consolider, de façon à lui donner une longueur égale à celle de l'autre.*

La machine destinée à exécuter ce projet se compose d'un fort bras d'acier assez long pour occuper un peu moins que la partie interne de la cuisse. Le centre de ce bras reçoit perpendiculairement une longue vis à trois hélices, munie à une extrémité d'un manche horizontal qui sert à la mettre en mouvement. L'autre extrémité de la vis presse contre un arc d'acier qui embrasse transversalement la moitié de la cuisse; l'arc, bien entendu, ne suivant pas les mouvements de la vis. Deux grands anneaux,

l'un plus large que l'autre, embrassent la cuisse et servent à fixer contre elle le bras d'acier.

On comprend la manière d'agir de cet appareil. Le bras d'acier étant fixé sur la cuisse, on matelasse convenablement la partie du membre sur laquelle on veut agir, c'est-à-dire le milieu du côté interne. Alors le chirurgien placé au côté externe du membre, tire en bas et en haut les parties molles qui recouvrent le fémur, afin d'éloigner les vaisseaux cruraux du point sur lequel doit porter la pression. Il commande alors à un aide de tourner le manche de la vis, qui en deux ou trois tours s'allonge de manière à rompre l'os instantanément.

L'auteur ayant répété les expériences cadavériques sur des sujets de tout âge, obtint toujours le même résultat, c'est-à-dire une fracture plus ou moins oblique du fémur, sans lésion des parties molles contiguës.

Tout étant bien calculé, M. Rizzoli se décida à opérer sa malade. En conséquence, le 27 avril 1847, après l'avoir éthérisée, il produisit chez elle la fracture du fémur droit par le procédé que nous venons d'indiquer. Elle n'en éprouva aucune douleur : et la seule contraction musculaire suffit pour réduire le membre fracturé à la même brièveté que l'autre. Un appareil inamovible maintenu pendant vingt jours contint en place les fragments chevauchés. Deux jours après, la petite malade put descendre du lit, et s'exercer à marcher à l'aide de béquilles, qu'elle quitta au bout d'un mois, bien guérie, à cette époque, de sa claudication.

— Cette brillante conception mérite assurément tous nos éloges ; et nous les lui donnons d'autant plus volontiers qu'elle se présente accompagnée d'un succès aussi complet, et obtenu aussi promptement qu'il était possible de l'espérer. Nous ne ferons qu'une seule objection à la généralisation de cette méthode. Dans le cas où la fracture artificiellement provoquée se produirait *en rave,* il arrivera de deux choses l'une : ou l'on ne pourra pas déterminer le chevauchement désiré ; et alors le malade restera avec sa claudication et une fracture de plus. Ou bien le chevauchement s'effectuera ; mais alors les surfaces fracturées étant transversales demeureront trop éloignées l'une de l'autre, pour s'affronter, et le malade sera exposé aux chances d'une pseudarthrose.

Du reste, nous confessons que cette éventualité est fort peu à craindre. Il est d'observation que l'infinie majorité des fractures de cuisse sont obliques, et que le chevauchement entre les fragments arrive presque toujours, malgré toutes les précautions

prises pour la prévenir. A plus forte raison donc devra-t-il avoir lieu alors que tout sera fait pour le solliciter et le maintenir.

---

20. *Vaste abcès cérébral chez un épileptique*; *mort*; *nécroscopie*; par M. Sissa.

(Gazzetta medica Lombarda)

Il est si rare de trouver à l'épilepsie une cause matérielle, anatomiquement appréciable, qu'on ne saurait trop soigneusement recueillir les observations semblables à celle-ci, où la lésion point de départ apparaît claire et incontestable.

Obs. — Belluti, âgé de 29 ans, vint consulter M. Sissa. Il était atteint depuis près de trois semaines d'une maladie que son premier médecin avait reconnu être l'épilepsie. Lorsque les accès revenaient, il s'en apercevait à une sorte de bruissement aux oreilles. Il était ensuite saisi d'un fourmillement le long de l'épine dorsale, qui s'étendait de là aux bras et aux jambes. Alors il appelait au secours, se couchait sur son lit, et était agité par de violents mouvements convulsifs de tout le corps, avec perte de connaissance et écume à la bouche. Cet état durait deux heures environ.

Le premier accès avait eu lieu le 18 février, le second revint le 20 du même mois avec plus de violence. Malgré un traitement qui produisit quelque amélioration, il en avait déjà eu neuf lorsqu'il consulta M. Sissa. Celui-ci remarqua quelque chose d'égaré dans l'attitude générale et dans le mouvement des yeux du malade. A part cela, ses facultés intellectuelles étaient intactes. Il n'y avait ni accélération du pouls, ni chaleur augmentée à la peau. Il se plaignait d'une sorte de pesanteur à la tête comme si elle eût été coiffée d'une calotte de plomb.

Après de longues méditations sur la cause de ces désordres, M. Sissa diagnostiqua *une arachnitis lente du système cérébro-spinal, avec diffusion phlogistique consécutive à la membrane vasculaire du système cardiaco-arteriel*. En conséquence, il pratiqua des saignées, appliqua des sangsues aux émissaires de Santorini, fit faire des frictions mercurielles le long du dos jusqu'à salivation, seules ou associées à la belladone et à l'aconit. Il employa aussi les purgatifs salins, le calomel et le jalap, et enfin le sulfate de fer uni à la scille et à l'aloès. A l'aide de ce *simple* appareil thérapeutique, dit l'auteur, je suspendis tout accès jusqu'au 30 mars.

Mais ce jour (le 30 mars) le malade s'étant un peu fatigué, fut saisi de nouveaux accidents convulsifs. On recommença alors

le même traitement, auquel on ajouta un large vésicatoire à la nuque, pansé ensuite avec l'onguent mercuriel.

Au bout de huit jours, le malade commença à se plaindre d'une violente céphalée qui, partant du côté droit, se répandait par toute la tête; elle dura pendant toute la journée; et se renouvela le lendemain à la même heure. Vaincue par le sulfate de quinine, elle fit place à une autre douleur un peu au dessus de l'union du pariétal droit avec l'occipital, qui de là s'étendit à toute la tête, et ne l'abandonna plus. Cependant il mangeait, marchait et n'eut jamais l'ombre de fièvre. Malgré les émissions sanguines, les drastiques et les révulsifs, les choses restèrent dans le même état jusqu'au 2 mai, jour où la douleur devint tout à coup insupportable. Cris continuels que de nouvelles saignées, ni l'application à demeure de la glace ne purent apaiser. Tout mouvement exaspérait encore sa souffrance; ses bras étaient agités d'un tremblement convulsif. Et cependant il n'y eut pas, au milieu de ces troubles si graves, un seul moment de fièvre. Tout fut inutile; le 9 mai il succomba sans paralysie, sans symptômes d'apoplexie et sans avoir depuis près de quarante jours offert d'accès épileptique bien caractérisé.

Autopsie. — Crâne d'une dureté extraordinaire, sans plus d'épaisseur qu'à l'état naturel. Après l'ablation de la calotte osseuse, la masse cérébrale sortit vivement comme si elle avait été jusque-là soumise à une forte compression. Dure-mère presque cartilagineuse, avec ses sinus vides de sang. Au contraire, l'arachnoïde et la pie-mère en étaient gorgés. La substance corticale du cerveau offrait très-peu de volume relativement à celui de la substance blanche.

En détachant le cerveau, on avait déjà vu sortir du lobe postérieur droit une certaine quantité de pus verdâtre. On poursuivit les recherches, et l'on découvrit dans ce lobe, une grande cavité presque ronde, de capacité à contenir un œuf de poule, pleine d'un pus verdâtre ayant la consistance de la crême, sans odeur. On en évalua la quantité à 2 onces. La cavité n'était point tapissée d'un kyste; il semblait plutôt que les fibres cérébrales se fussent écartées pour recevoir entre elles le liquide purulent. Du reste, ces parois présentaient un état de ramollissement assez marquée; mais on n'aurait pu décider s'il tenait à l'inflammation ou à un effet cadavérique.

---

21. *Opération césarienne exécutée heureusement par* M. Custodi.
(Gazzetta medica Lombarda.)

Obs. — Une femme de 33 ans, mariée depuis dix mois, bien

portante, mais rachitique, sentant à terme les premières douleurs, appela une sage-femme le 22 novembre 1849. Celle-ci, de concert avec M. Bianchi, reconnut une étroitesse peu ordinaire du détroit inférieur.... Il assembla alors en consultation MM. Ferrari, Custodi et Lualdi. Ils trouvèrent que l'obstacle principal venait du détroit inférieur dont le diamètre transversal était réduit à 2 pouces. Les eaux écoulées, les douleurs persistant avec force mais sans résultat, l'enfant étant encore vivant, on se décida à l'opération césarienne. Elle fut faite immédiatement par M. Custodi qui incisa les parois abdominales longitudinalement sur la ligne médiane. Il tira une belle petite fille pleine de vie, qui salua le jour par un vagissement; après l'extraction du placenta, on fit la suture enchevillée. M. Custodi avait, pendant l'opération, mis tous ses soins à tenir les parois du ventre bien rapprochées de l'utérus afin d'éviter le plus possible l'entrée de l'air et du sang dans le péritoine.

Bien que, dès le second jour, l'inflammation péritonéale se fût déclarée avec fièvre et météorisme, les lochies coulèrent et la plaie se cicatrisa malgré les mouvements continuels d'une toux occasionnée par la rigueur de la saison. Au bout de cinquante jours, la guérison était parfaite. Le traitement consista uniquement en fomentations glacées continuelles, la glace à l'intérieur, des lavements et des purgatifs.

---

22. *Sur l'hépatisation grise et rouge du poumon* ; par le docteur Betz, de Tubingue.

(Jenauische Annalen, 1850.)

Jusqu'à quel point est-il permis d'admettre que l'hépatisation grise provient de l'hépatisation rouge, par suite de la résorption de la matière colorante du sang? Dans ces derniers temps, on a décrit, sous le nom d'hépatisation grise, un état dans lequel le poumon renferme une grande quantité de matière noire, comme cela arrive ordinairement dans l'âge adulte et dans la vieillesse. Mais alors le pus et le poumon qui en est infiltré prennent une teinte d'un gris cendré. M. Andral rapporte la transformation de l'hépatisation rouge en hépatisation grise à la disparition de la matière colorante du sang. Zehetmayer pense que la portion hépatisée se décolore avec la résorption de la matière colorante du sang, devient insensiblement jaunâtre, d'un jaune grisâtre, et prend le nom d'hépatisation rouge. Rokitansky, outre la résorption de la matière colorante du sang, admet encore une augmentation de consistance dans la transformation de l'hépatisation

rouge en hépatisation grise. Tel est l'état de la question aujourd'hui.

Suivant l'auteur de ce travail, avant de répondre à la question que nous avons posée dès le principe, deux points doivent avant tout être éclairés, à savoir : 1° si une résorption de la matière colorante du sang peut avoir lieu ; 2° la résorption terminée, trouve-t on l'état désigné sous le nom d'hépatisation grise ; 3° enfin toute exsudation pneumonique est-elle toujours une exsudation hémorrhagique ou sanguine ?

Pour l'auteur, l'hépatisation grise n'est qu'une sécrétion fibrineuse des capillaires sanguins qui enlacent les vésicules pulmonaires : la sécrétion se fait dans la cavité de la vésicule pulmonaire. L'hépatisation grise suit donc une marche analogue au croup trachéal, dont elle ne diffère que par sa localisation. Des exsudations croupeuses se rencontrent dans d'autres parties sans que du sang y soit mêlé ; ce sont surtout les premières portions sécrétées qui fournissent de la fibrine pure, blanche, sans aucun mélange avec du sang ; tandis que les produits sécrétés consécutivement occasionnent souvent des ruptures des vaisseaux capillaires, qui plus tard donnent lieu à des épanchements, à des exsudations hémorrhagiques. De semblables exsudations fibrineuses, pures, se rencontrent sur la muqueuse de la trachée, sur la plèvre, etc. Jamais dans l'exsudation croupeuse pure, ni dans l'hépatisation grise pure, l'auteur n'a trouvé des globules sanguins, soit entiers, soit altérés. Suivant le docteur Betz, il est des hépatisations rouges qui ne se transforment pas en hépatisations grises, mais qui se terminent par suppuration, comme hépatisations rouges. Il paraît donc plausible d'admettre que dans les poumons, comme dans d'autres parties du corps, la fibrine peut être exsudée, à l'état de pureté, sans mélange aucun de sang, et que l'hépatisation grise peut se produire sans avoir passé par l'hépatisation rouge. D'un autre côté, il paraît probable qu'il se passe une résorption du sang, au moyen de laquelle l'hépatisation rouge se transforme en hépatisation grise. D'après cela, la division des inflammations pulmonaires en degrès tombe d'elle-même comme insuffisante. Si l'hépatisation grise ne se développe pas à la suite de l'hépatisation rouge, elle ne saurait constituer un degré plus élevé de cette dernière, de même que l'œdème pulmonaire ne sera pas un degré inférieur de l'hépatisation rouge.

---

23. *Traitement du Lupus.*

Le lupus est une maladie si grave et si rebelle qu'on ne saurait trop favorablement accueillir toutes les tentatives de traitement qui offrent quelques chances de succès. Les cautérisations les plus énergiques sont loin de produire des résultats satisfaisants et ne compensent pas toujours les violentes douleurs qu'elles occasionnent ; la compression, essayée par Biett et recommandée par ses élèves, est, dans la plupart des cas, à peu près impraticable ; enfin les médications internes sont aujourd'hui abandonnées comme impuissantes. C'est en 1834 que, pour la première fois et malgré toutes les raisons plausibles qu'on pouvait faire valoir à l'encontre, on essaya de substituer aux caustiques l'usage de l'instrument tranchant. Le docteur Hoppe, de Bonn, vient de publier un court mémoire (*Zur Behandung der fressenden Flechte*, in-4°, 26 pages ; Bonn, 1849,) où il recommande l'extirpation des portions de la peau atteintes par le lupus comme le moyen curatif le plus prompt, le plus sûr, le plus exempt de dangers. L'observation suivante, dont nous donnons le résumé, prouve en faveur de l'opération chirurgicale.

Une fille de 25 ans fut, à l'âge de 9 ans, atteinte d'un lupus qui débuta par le nez, s'étendit sur le visage, le front et le cou. Tous les remèdes généraux et locaux furent administrés sans avantage. En février 1848, elle était dans l'état suivant : les parties molles du visage représentent une masse épaisse, informe, couverte de taches d'un rouge foncé, d'ulcères et de croûtes où on a peine à retrouver des traces de peau saine ; le nez est rongé ; l'orifice des narines est réduit à une ouverture étroite et masquée par un cercle de croûtes épaisses ; les ailes du nez, bien que conservées, comme on le vit plus tard, disparaissent sous le gonflement des parties environnantes ; les lèvres sont tuméfiées et parsemées d'ulcérations granuleuses, les gencives sont fongueuses, les paupières inférieures détachées de l'œil, la cornée est trouble et couverte par un pannus ; les joues, épaissies, sont pendantes ; le cou, le menton, sont profondément ulcérés. La malade se plaint de douleurs persistantes et d'une violence extrême ; son état lui cause tant de souffrance et lui inspire à elle-même un si profond dégoût qu'elle accepte avec reconnaissance les remèdes les plus pénibles, dans l'espoir d'une guérison. On commence par un traitement préparatoire, purgatifs, iodure de potassium, huile de foie de morue, scarifications, etc., qui est continué sans amélioration pendant trois mois. Vers la fin d'avril, l'auteur se décide à pratiquer l'extirpation, dont il avait

eu à se louer dans des cas de lupus beaucoup moins étendus. Il enlève d'abord des joues deux lambeaux cunéiformes en pénétrant jusqu'à la couche musculaire; une notable quantité de sang s'écoule ; à la suite de cette perte de sang, les douleurs sont sensiblement diminuées. Après quarante heures, on enlève les épingles, l'adhérence est complète. Une série d'opérations partielles, et de moins en moins étendues, se succède ainsi pendant douze mois ; les cicatrices se font le plus souvent par première intention, elles ne sont ni dures ni proéminentes; les petites portions de peau exemptes d'altérations se distendent et couvrent des surfaces plus larges qu'on n'eût pu le prévoir; l'ectropion est guéri par les procédés ordinaires. La rhinoplastie, essayée en dernier lieu, réussit à la seconde tentative.

Une planche coloriée fait bien comprendre la succession des opérations si nombreuses et le progrès des améliorations graduelles jusqu'à la guérison complète.

---

24. *Sur l'ulcère verruqueux* ; par le docteur **Robert W. Smith**, professeur de chirurgie à l'Université de Dublin.

(Dublin quarterly Journal of med.)

Sous le nom d'*ulcère verruqueux*, Marjolin a décrit des ulcères dont la surface est formée par un grand nombre de villosités coniques, d'une texture dense, serrée, très-rapprochées les unes des autres, représentant en quelque sorte un velours de laine grossier, végétations qui paraissent naître du derme, autour desquelles l'épiderme est épaissi, calleux et même corné, quelquefois divisé par des fissures profondes, laissant suinter en petite quantité un fluide visqueux, presque incolore, fétide, qui, en se desséchant, forme une croûte épaisse, dure, grisâtre, très-adhérente; peu douloureux ou même indolents, et susceptibles de prendre une grande étendue en largeur. Entre cette description qui a été tracée par Marjolin, et celle qui a été donnée des tumeurs verruqueuses des cicatrices, par M. C. Hawkins, il y a les plus grandes et les plus frappantes analogies. On s'étonne seulement que Marjolin n'ait pas signalé cette circonstance de l'histoire de l'ulcère verruqueux, qui a tant de tendance à envahir les cicatrices. Dans le mémoire qu'il vient de publier, sur le même sujet, M. Smith s'est proposé de compléter l'histoire de cette affection : ainsi il a signalé ce qui se passe lorsque l'ulcère a son siége au voisinage d'un os superficiel, le tibia, par exemple : tantôt le canal médullaire est ouvert par une absorption graduelle du tissu compacte, sans aucune hypertrophie du tissu osseux ; tantôt, au contraire,

l'os lui-même s'hypertrophie considérablement et acquiert un degré extrême de densité et de dureté; mais dans tous les cas, le tissu compacte est absorbé graduellement, et l'os lui même présente une surface irrégulièrement excavée, remplie par un paquet de fibres, aussi intimement feutrées que possible. Dans plusieurs cas, l'os, quoique absorbé et excavé à sa surface, s'hypertrophie du côté du canal médullaire, comme pour le refermer et le préserver de toute fracture. C'est ainsi que l'auteur a vu le canal médullaire du tibia presque complétement oblitéré. Parmi les faits rapportés par M. Smith, le plus curieux est celui d'une femme de 45 ans, qui, à la suite de la chute d'un corps sur le gros orteil, vit apparaître une ulcération qui se cicatrisa et se déchira plusieurs fois, et qui, cinq ans après, offrait l'aspect suivant : l'extrémité du gros orteil était augmentée de volume et de forme globuleuse; toute sa surface était ulcérée et divisée par des fissures profondes, qui circonscrivaient un certain nombre de petites tumeurs verruqueuses d'un rose pâle, formées de fibres distinctes et parallèles; les téguments situés en arrière de l'ulcère présentaient aussi de nombreuses fissures; l'écoulement était de mauvaise nature; les douleurs n'étaient vives que lorsque la malade marchait; il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire; la santé générale n'était nullement altérée. L'auteur pratiqua la désarticulation de la première phalange : la malade succomba au développement ultérieur d'une tumeur cancéreuse dans l'aine. En coupant le gros orteil, on reconnut la disposition particulière des fibres qui est propre à l'ulcère verruqueux, sans aucune trace de la phalange et des tendons extérieurs et fléchisseurs qui avaient disparu. Quelle est la nature de cette affection? M. Smith la rapproche du cancer, tout en lui accordant une tendance moindre à l'infection de l'économie et à la récidive. Cependant l'examen microscopique qui en a été fait par MM. Lyons et par Houston n'a fait reconnaître aucun caractère de ce qu'on appelle la formation cancéreuse, ni cellules, ni noyaux, de sorte que ces deux observateurs la rapprochent du tissu fibreux, ce qui fait dire avec quelque raison à M. Smith, que des produits morbides qui n'ont pas le caractère du tissu cancéreux proprement dit peuvent cependant infecter l'économie, se reproduire dans des points plus ou moins éloignés, et occasionner la mort comme l'affection cancéreuse véritable. Quant au traitement, M. Smith pense qu'on a le choix entre la destruction sur place avec les caustiques ou l'instrument tranchant, dans les cas où le siége de l'ulcération le permet, et où rien dans l'état de l'économie n'y met obstacle, et l'amputation de la partie sur laquelle l'ulcère est développé dans

les cas où l'affection est étendue et contre-indique l'excision et la destruction sur place par son siége. Dans le premier cas, il faut avoir soin de comprendre dans l'excision de la destruction des parties malades la peau fissurée ou verruqueuse qui sert de base à l'ulcère.

---

25. *Emploi du Collodium dans les affections cutanées*; par le docteur SPENGLER.

(Neue Medicinische zeitung.)

La méthode de Baynton, avec les bandelettes agglutinatives, l'emploi du papier à filtrer, d'après Langenbeck, etc., n'ont d'autre but que de remplacer l'épiderme qui manque, et d'empêcher l'action de l'air sur l'endroit dénudé ou malade. Le collodium remplit beaucoup mieux cette indication. Wilson le premier (*Lancet*, 1848) en a fait usage dans un certain nombre d'affections; le docteur Spengler l'a employé avec succès dans les cas suivants :

Impetigo achor mucosus et granulatus capitis. Trois cas. Dans deux cas, les croûtes furent toutes recouvertes avec une couche épaisse de collodium, qui s'étendit aussi sur les parties saines. Au bout de trois ou quatre jours, quelques croûtes se détachèrent et laissèrent à nu une surface rouge, qui fut aussitôt enduite de collodium. Après la seconde application, il ne se forma qu'une croûte très-mince, après la chute de laquelle il suffit d'une troisième application pour arriver à une guérison complète dans un espace de trois semaines. Le troisième cas avait une grande analogie avec le *porrigo decalvans* : toutes les surfaces malades furent recouvertes d'une couche épaisse de collodium; après trois jours, la tête fut lavée à l'eau de savon, recouverte de nouveau d'une couche de collodium; pendant cinq semaines, on continua cette manière d'agir, et toute l'affection avait disparu, à tel point que les cheveux commençaient à repousser. Hebra, dans ces formes d'affections cutanées, commence le traitement par des moyens internes, et surtout par les drastiques. Dans l'*impetigo achor decalvans*, rien ne lui a réussi; le collodium est donc préférable aux anciennes méthodes.

Impetigo larvalis crusta lactea. Deux cas. Chaque fois qu'il se montra des pustules et des croûtes, on appliqua du collodium, et, dans l'espace d'un mois, les deux malades furent rétablis.

Lichen agrius. Deux cas. L'exanthème occupait la face interne

des bras : une seule application suffit, dans les deux cas, pour amener la guérison en trois jours.

Herpes labialis. Lorsque la croûte tomba, le neuvième ou dixième jour, on n'apercevait plus de traces.

Tumeur variqueuse de la jambe, rebelle à toutes les méthodes de traitement; plaie purulente et de mauvais aspect. Une couche de collodium fut appliquée sur les parties dénudées, et au bout de six semaines, la plaie était guérie.

Tumeur cancéreuse sur le dos du nez. L'emploi du collodium ne procura pas la guérison ; mais sous son influence, l'ulcération prit un caractère plus satisfaisant.

Les excoriations des mamelles, chez les femmes qui nourrissent, ont guéri en quelques jours, et dès l'application du collodium, les douleurs ont cessé à l'instant.

---

26. *Onctions d'axonge dans la scarlatine.*

(Schmidt's Jahrbüch.)

Pendant l'épidémie de scarlatine grave qui régnait à Berlin en 1849, le docteur Ébert entreprit quelques recherches sur le mode de traitement préconisé par Schneemann, et qui consiste à oindre les malades d'axonge en les frictionnant avec du lard. Les résultats paraissent avoir été assez favorables. Sur 28 individus atteints de scarlatine, 6 succombèrent et 11 subirent les complications les plus menaçantes. De ces 6 décès, 5 eurent lieu parmi les 9 malades qu'on n'avait pas soumis à la médication : le 6e qui mourut était un enfant, et n'avait encore été frictionné qu'une seule fois, quand il s'éteignit subitement. — Les frictions graisseuses précipitent les progrès de l'exanthème plutôt qu'elles ne les entravent. — En général elles agissent favorablement sur la seconde période de la maladie, en préservant de la desquamation. Dans tous les cas où les frictions furent pratiquées soigneusement deux fois le jour, on ne vit aucune trace de desquamation ; chez un seul individu dont la scarlatine s'était compliquée d'éruption miliaire, l'épiderme se détacha sur q elques points en écailles furfuracées. Les affections consécutives, si justement redoutées, et particulièrement l'anasarque, ne se produisirent chez aucun des malades.—Enfin les frictions semblent, autant qu'on peut l'affirmer, empêcher la propagation de la scarlatine par voie de contagion.

---

27. *Aliénation mentale déterminée par l'emploi du chloroforme*; par le docteur Raige Delorme.

(Journal of psychologie).

La grossesse et l'accouchement ne sont pas sans influence sur la production de la folie. Les faits suivants, rapportés par le docteurs Webster, prouvent que le chloroforme, administré pendant l'accouchement pour faciliter ou pour rendre moins douloureux le travail, peut, outre ses autres dangers, déterminer une véritable aliénation mentale.

Dans le premier cas, la femme, qui avait accouché pendant l'anesthésie, passa les trois premiers jours qui suivirent la délivrance dans une agitation délirante, bientôt elle fut prise de manie et dut être transportée dans un asile spécial, d'où elle sortit guéri après un an de traitement.—Le second a trait à une femme chez laquelle on avait eu recours au chloroforme pour modérer les souffrances. Elle ne put se remettre complétement de la stupeur où elle avait été plongé ; avant qu'une semaine se fût écoulée, une manie assez violente se déclarait et durait dix-huit mois. — Dans le troisième fait, l'inhalation du chloroforme laissa après elle de l'inquiétude, de l'insomnie, des rêves agités ; la malade voyait sans cesse un individu prêt à l'assassiner ; trois semaines plus tard, elle était maniaque, hallucinée, avec perte de mémoire et violente agitation. Cet état dura environ cinq mois, et se termina par la guérison. — Dans la quatrième observation, une faible quantité de chloroforme versée sur un linge fut inspirée. L'effet fut si rapide et si intense que la malade, pâle et les traits décomposés, tomba aussitôt privée de connaissance et de sentiment. Elle ne tarda pas à revenir à elle, mais la couche fut longue et douloureuse. Pendant les jours qui suivirent, on remarqua une excitation singulière à laquelle succéda un accès de manie très-caractérisée qui rendit nécessaire l'emploi de la camisole, et ne guérit qu'au bout de plusieurs mois.— Enfin une femme qui avait également fait usage du chloroforme pendant son accouchement, resta, près de six mois, sans pouvoir dormir, presque totalement dépourvue de mémoire, et sous le coup d'une irritabilité et d'une excitation nerveuses qui touchaient de près à la folie.

---

28. *Du phosphate de chaux au point de vue physiologique et thérapeutique* ; par le docteur Beneke.

(Archiv. für physiologische Heilkunde.)

Nous laisserons le côté physiologique de la question, d'autant

plus volontiers, que l'auteur avoue n'avoir pu constater par voie d'expérimentation chimique que le phosphate de chaux, qui abonde tant dans les animaux inférieurs et les végétaux, soit également, chez les animaux supérieurs et l'homme, indispensable au travail cellulaire, base de tous nos organes. Mais nous dirons quelques mots des expérimentations cliniques auxquelles il s'est livré pour savoir si, par l'usage interne du phosphate de chaux, on ne pourrait pas hâter la guérison de certains ulcères atoniques, particulièrement des ulcères scrofuleux, qui résistent si longtemps aux traitements ordinaires. Voici d'ailleurs quel est le raisonnement qui a dirigé l'auteur dans ses recherches. Plusieurs chimistes, dit-il, prétendent que les substances qui font la base des matériaux préparateurs, l'albumine, et peut-être la fibrine, sont combinées chimiquement avec le phosphate de chaux, et cette dernière substance, étant soluble dans les acides, pourra aussi se dissoudre dans l'estomac ; d'un autre côté, Woehler prétend qu'elle se dissout aussi dans l'albumine ; en voilà plus qu'il n'en faut pour que le phosphate calcique passe dans le sang. M. Beneke fit donc préparer du phosphate de chaux aussi pur que possible, à l'aide du phosphate de soude et du chlorure de chaux, et se livra à des expériences qui lui ont fourni les résultats qui suivent.

Obs. I. — Petite fille de 5 ans, mal nourrie, éminemment scrofuleuse, portant sur le cuir chevelu un ulcère qui date de deux ans et a résisté à tout traitement. Le 26 juillet, on commence à lui administrer chaque jour 7 à 8 centigrammes de phosphate de chaux mélangés avec 50 centigr. de sucre. Dès le troisième jour, la suppuration change de nature. Le 4 août, l'ulcère commence à se cicatriser par ses bords. Le phosphate de soude est porté à 2 grains. Le 14 août, l'ulcère était complétement guéri.

Obs. II. — Ulcères scrofuleux, datant de quatre ans, chez une petite fille de 7 ans. Deux paquets de phosphate de chaux, de 10 centigr. chacun. Dès le troisième jour, le pus change de nature, et la guérison est complète au bout de dix-huit jours.

Obs. III. — Impétigo sur tout le cuir chevelu d'un enfant de 5 ans. Les alcalins, *intùs et extrà*, font disparaître l'impétigo ; mais il reste au-dessus de chaque oreille deux ulcères dont le phosphate de chaux fait à son tour justice.

Obs. IV. — Ouvrier de 26 ans, qui a eu des ulcères glanduleux depuis son enfance ; l'auscultation démontre l'existence de tubercules pulmonaires, révélés d'ailleurs par d'anciennes hémoptysies, de la toux et une diarrhée continuelle. On l'a longtemps

traité par les opiacés, l'acétate de plomb, l'huile de foie de morue. Le 19 août, on commence à donner 10 centigr. de phosphate de chaux, répétés deux fois par jour Amélioration sensible au bout de douze jours ; la diarrhée a cessé, les forces sont revenues ; un mois plus tard, retour de l'embonpoint, des couleurs. Au mois de novembre, la diarrhée reparaît, mais elle cède rapidement au même traitement. — L'auteur ne se flatte point d'avoir guéri ce phthisique ; mais il croit que le phosphate calcaire a beaucoup amélioré son état.

Obs. V. — M. Beneke a donné le phosphate de chaux à la dose de 10 à 20 centgr. par jour à un enfant de 18 mois, atteint d'atrophie. L'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer n'avaient eu aucun succès. Au bout d'un mois de traitement, l'enfant se développa rapidement et commença à marcher. Le traitement fut encore continué pendant un mois.

Obs. VI. — Homme de 24 ans, dans un état de phthisie avancée, cavernes, expectoration abondante, sueurs nocturnes, etc. Un régime fortifiant et le phosphate de chaux, longtemps continué, à la dose de 15 à 20 centigrammes deux fois par jour, ont rétabli, au moins passagèrement, la santé.

Plusieurs confrères de l'auteur lui ont envoyé le résultat de leurs expériences. C'est d'abord le docteur Schmidt, de Brême, qui a guéri quatre enfants scrofuleux, mais qui a échoué sur une demoiselle de 46 ans, affectée d'un grand nombre de tumeurs lymphatiques, dont plusieurs en suppuration. Le docteur Lorenz, de la même ville, a été moins heureux, puisque sur cinq cas il n'a eu qu'un succès, et qui même est contestable, chez une jeune fille de 17 ans, tuberculeuse, tandis que dans les quatre autres cas qui concernent des enfants, il n'a reconnu aucune influence au phosphate de chaux. Enfin, le docteur Brandes, de Hanovre, a envoyé trois observations à l'auteur. Un seul cas avait été suivi de guérison : c'est celui d'un impétigo rebelle, qui céda, au bout de six semaines, à des doses assez fortes de phosphate de chaux (50 centigr., répétés trois fois par jour). Encore le mal reparut-il au bout de deux mois.

— Commençons par féciliter l'auteur d'avoir été beaucoup plus heureux que ses confrères, puisqu'il semble n'avoir éprouvé aucun insuccès ; remercions-le ensuite d'avoir bien voulu citer ceux des trois autres médecins : ce qu'il y a, dans ces diverses expériences, de favorable au phosphate de chaux ne s'en recommandera que mieux à la croyance des lecteurs et à leurs expérimentations. L'idée mère qui a servi de point de départ aux essais de M. Beneke est loin d'être erronée : l'albumine et la

fibrine du sang sont combinées avec le phosphate de chaux, et il peut exister des cas, tels que ceux de caries, de fractures, dans lesquels ce principe constituant de notre organisme venant à être en défaut, il serait possible de l'y introduire artificiellement et de guérir des affections rebelles à tout autre traitement. Mais c'est là une théorie qui a besoin de faits nombreux pour se faire admettre, et il se passera un long temps encore avant qu'on puisse raisonnablement employer le phosphate de chaux dans les maladies scrofuleuses, avant d'avoir essayé de l'huile de foie de morue, des préparations d'iode, ou des feuilles de noyer. On pourrait employer simultanément, et nous engageons à le faire, le phosphate de chaux avec quelques-unes de ces préparations.

---

29. *De l'usage externe de l'acide acétique pour prévenir la dissémination de la scarlatine.*

(Monthly journal of medical science.)

M. Webster emploie depuis plusieurs années l'acide acétique dilué, appliqué à l'extérieur, et cela sans préjudice des autres moyens, pour empêcher la scarlatine de se propager à d'autres individus de la maison ou du voisinage. A cet effet, il promène fréquemment sur le corps du malade des éponges imbibées de vinaigre tiède étendu d'eau, et plus particulièrement dans le premier temps de la maladie, toutes les fois que la peau est chaude et le pouls accéléré.

L'auteur publie trois observations prises au milieu d'épidémies de scarlatine, et dans lesquelles, malgré les circonstances les plus propres à favoriser l'extension de la scarlatine, elle resta isolée aux individus atteints. Il se croit à même d'affirmer, d'après des expériences multipliées depuis longtemps, que cette médication ne manque jamais ou presque jamais son effet, et qu'en même temps qu'elle est un moyen prophylactique de la scarlatine pour l'entourage du malade, elle est pour celui-ci un bon moyen curatif.

— M. Webster va au-devant de l'objection qui est déjà sur les lèvres de tout lecteur, savoir, que rien, dans les cas précédents, ne prouve que sans les lotions vinaigrées la maladie se fût propagée. Il ajoute modestement que, bien convaincu pour lui-même de l'efficacité de sa méthode, il ne demande pas à forcer les convictions, et qu'il se borne à recommander à l'essai des praticiens des lotions qui ont au moins pour premier résultat de soulager la plupart des malades. Ainsi formulées, les conclusions

du docteur Webster ne peuvent recevoir qu'un accueil bienveillant. Disons enfin, pour notre part, que les lotions froides avec l'oxycrat ont été recommandées particulièrement contre la scarlatine maligne, mais sans trouver beaucoup d'adhérents, par la crainte que l'on a de produire l'anasarque par l'action du froid. Les lotions vinaigrées de l'auteur étant tièdes, mettent à l'abri de cette crainte.

---

30. *Nouveau traitement de l'hydrocèle.*

(London medical Gazette.)

— Le docteur Macdonnel, après avoir fait la ponction d'une hydrocèle de la tunique vaginale, y injecta un mélange de deux parties de teinture d'iode et de trois parties d'eau. La tumeur reprit néanmoins, au bout de quelques jours, son premier volume. M. Macdonnel, après avoir fait la ponction, remplaça l'injection par l'introduction dans la canule, d'un petit pinceau fait avec quelques brins de poils de chameau, et trempé dans de la teinture d'iode pure, avec lequel il frotta légèrement toute la surface de la tunique vaginale qui se trouvait presque complétement remplie par une masse solide de lymphe, du volume d'une grosse orange. Cette masse se résorba graduellement, et le malade fut complétement guéri en moins de trois semaines.

---

31. *Traitement du ptyalisme mercuriel.*

(The medical Times.)

M. le docteur Maxwell vient de proposer un nouveau moyen par lequel il combat, dit-il, à coup sûr, la salivation mercurielle. Ce moyen consiste à administrer, à doses fractionnées, le tartre stibié étendu dans une grande quantité de liquide bien chaud.

---

32. *Observation de tumeur fibro-cystique de l'utérus pour laquelle on a pratiqué la ponction; mort par péritonite;* par le docteur Prescott Hewett.

(London Journal of medicine.)

Le fait suivant mérite d'être connu, parce qu'il fournit un exemple d'une erreur de diagnostic très-facile à commettre, et dont les résultats peuvent être funestes pour les malades. Une femme de 47 ans entra à l'hôpital Saint Georges, avec un développement considérable du ventre. Les symptômes morbides remontaient à un an : la tuméfaction avait commencé par la fosse

iliaque gauche, et s'était aussi étendue au reste du ventre ; la fluctuation était évidente, et la malade présentait tous les caractères de l'hydropisie de l'ovaire. Il y avait de l'œdème des jambes, de la douleur à la région du cœur, de la difficulté pour respirer ; la malade avait un peu maigri ; les règles manquaient depuis six mois ; l'urine était rare et très-acide. La malade fut mise à l'usage des diurétiques et d'une bonne alimentation. Dans les premiers jours, on crut reconnaître une amélioration ; mais les symptômes et l'anxiété respiratoire ayant augmenté depuis, M. Hawkins pratiqua la ponction de l'abdomen, et retira quinze pintes d'un liquide épais, rougeâtre et mélangé, vers la fin, de sang, de flocons de lymphe plastique. La ponction faite, on remarqua que la diminution de volume s'était opérée principalement du côté gauche, et l'on découvrit deux masses solides, qui semblaient faire partie d'une tumeur s'échappant hors du bassin. La ponction amena d'abord un soulagement marqué ; mais deux jours après il survint des symptômes de péritonite sourde, et, huit jours après la ponction, la malade succombait. A l'*autopsie*, on trouva la cavité du péritoine renfermant une grande quantité de liquide brunâtre, mélangé de flocons de lymphe plastique récemment déposée, qui agglutinait les circonvolutions des intestins. Les deux tiers inférieurs de l'abdomen étaient occupés par une tumeur volumineuse, qui, s'échappant du bassin, avait déplacé les intestins et avait contracté de faibles adhérences avec la paroi antérieure de la vessie. La partie supérieure de cette tumeur était composée de kystes volumineux, membraneux, aux parois minces, dont l'intérieur était enflammé et rempli d'une quantité de liquide épais et brunâtre : c'était un de ces kystes qui avait été ponctionné pendant la vie. Vers sa partie inférieure, la tumeur était principalement formée par une substance plus solide et remplie d'une énorme quantité de kystes d'un volume variable, depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une grosse orange ; ces kystes, qui étaient tous tapissés par une membrane mince, lisse, délicate, étaient remplis d'un liquide, clair, formé en grande partie d'albumine. On crut d'abord que la tumeur appartenait à l'un des ovaires ; mais on ne tarda pas à trouver ces organes situés derrière elle et parfaitement sains. On put s'assurer alors que la tumeur naissait au côté droit du fond de l'utérus, par l'intermédiaire d'un pédicule de 2 pouces de large et de 1 pouce et demi de long, constitué par des fibres de l'utérus que l'on suivait sur lui jusqu'à une certaine distance ; parmi ces fibres, il y avait des vaisseaux assez volumineux : çà et là, et dans la partie inférieure de la tumeur, se trouvaient disséminées quel-

ques portions de tissu fibreux, dures et denses. Dans le corps de l'utérus, il y avait une tumeur fibreuse, grosse comme une féverolle ; les autres viscères de l'abdomen et du thorax étaient parfaitement sains. L'examen microscopique démontra que la tumeur était essentiellement fibreuse. — C'est à l'ordre des tumeurs fibro-cystiques qu'il faut rattacher la tumeur du cas précédent. Le fait est qu'elle offrait une si grande ressemblance avec les tumeurs fibro-cystiques de l'ovaire que, à l'autopsie même, on pût douter un instant sur sa véritable nature. Il reste à connaître les signes au moyen desquels on pourra distinguer les tumeurs fibro-cystiques de l'utérus des tumeurs fibro-cystiques de l'ovaire.

---

33. *Recherches statistiques sur la blennorrhagie et la syphilis chez la femme*; par le docteur Fenwick.

(London medical Gazette.)

Les recherches de M. Fenwick portent sur 943 cas : 252 de blennorrhagie simple, 170 de chancres avec blennorrhagie, 521 de chancres seulement. Sur les 252 cas de blennorrhagie, 188 ont été traités sans mercure, par les remèdes employés habituellement, le cubèbe, le copahu, les astringents ; les 64 autres ont pris du mercure pour des symptômes syphilitiques secondaires, ou pour toute autre maladie existant en même temps que la vaginite. Les femmes traitées sans mercure ont guéri, en moyenne, dans un intervalle de 32,91 jours ; celles qui ont été soumises aux préparations mercurielles, en 30,23 jours, malgré la complication. Comment apprécier l'influence relative du traitement ? M. Fenwick l'a essayé en dressant la table suivante, qui représente les chances défavorables qui pèsent sur les femmes, après une durée de traitement de 1 à 26 semaines.

Nombre de semaines.	Traitement mercuriel.			Traitement sans mercure.		
1	31,5	contre	1	14,6	contre	1
2	5,5	—	1	4,5	—	1
3	1,9	—	1	3,3	—	1
4	2,5	—	1	2,4	—	1
5	3,1	—	1	1,6	—	1
6	3,7	—	1	3,»	—	1
7	0,8	—	1	6,4	—	1
8	1,3	—	1	4,3	—	1
9	3	—	1	2,7	—	1
10	2	—	1	0,7	—	1
11	1	—	1	»	—	»
12	»	—	»	3	—	1
13	»	—	»	2	—	1
14	»	—	»	3	—	1

Nombre des semaines.	Traitement mercuriel.	Traitement sans mercure.
15	0 — 1	2 — 1
21	» — »	1 — 1
26	» — »	0 — 1

Ainsi il y a 31,5 chances contre 1 pour la guérison d'une femme traitée d'une gonorrhée simple par le mercure, pendant une semaine, si la guérison n'a pas eu lieu à cette époque ; il y a 5,3 chances contre 1 pendant la seconde semaine, 1,9 pendant la troisième. Pour expliquer ces chances plus favorables au traitement sans mercure, il faut supposer ou bien que l'administration de ce médicament retarde effectivement la guérison, ou bien que l'autre maladie pour laquelle les malades étaient à l'hôpital, a prolongé la durée du séjour, ce qui est le plus probable. Toutefois, bien que les malades traitées sans mercure aient eu des chances plus favorables pendant les deux premières semaines, à la troisième semaine la proportion a changé, si bien que des 64 qui ont pris du mercure, il n'en restait qu'une seule après onze semaines; des 188 traitées sans mercure, 8 ont quitté l'hôpital après cette époque ; il y a donc 64 chances contre 1 qu'une femme affectée de gonorrhée simple, et traitée par le mercure, ne sera pas guérie onze semaines après le commencement du traitement ; tandis que les probabilités en faveur de la guérison dans le même temps sont de 22 contre 1 seulement pour les femmes qui n'ont pas pris de mercure. La cause de cette différence n'est pas difficile à trouver : elle tient non pas à l'inflammation chronique du vagin, mais bien aux altérations de structure de la matrice et des tissus sous-muqueux.

Des 521 cas de chancres sans complication de blennorrhagie, 235 ont été traités par le mercure et 286 sans mercure. Le traitement mercuriel, sans être très-prolongé, a été cependant poussé jusqu'à affecter les gencives, et on a continué encore pendant une ou deux semaines, mais à dose plus petite. Quant aux autres cas, on a fait usage seulement de lotions astringentes et stimulantes, jointes à l'emploi de la salsepareille. L'influence du traitement mercuriel a été des plus évidentes et des plus heureuses, la guérison a eu lieu en 30,13 jours en moyenne, tandis que cette guérison a réclamé 38,35 jours pour les cas où on n'a pas fait usage de préparations mercurielles. L'auteur a dressé aussi un tableau qui exprime les chances défavorables, par semaine, pour chaque traitement :

Nombre de semaines.	Traitement mercuriel.	Traitement sans mercure.
1	18,5 contre 1	70,5 contre 1
2	2,7 — 1	6,6 — 1

Nombre de semaines.	Traitement mercuriel.			Traitement sans mercure.		
3	2,7	—	1	5,6	—	1
4	2,»	—	1	3,7	—	1
5	3,»	—	2	2 9	—	1
6	3,2	—	1	2,6	—	1
7	4,1	—	1	2,6	—	1
8	3,1	—	1	1,5	—	1
9	3,»	—	1	2,»	—	1
10	3,2	—	1	4,4	—	1
11	2,2	—	1	1,7	—	1
12	2,6	—	1	1,»	—	1
14	4,»	—	1	2,5	—	1
16	3,»	—	1	4,»	—	1
17	2,»	—	1	2,»	—	1
19	1,»	—	1	»	—	1
21	»	—	1	2,»	—	1
22	1,»	—	1	»	—	1
23	0,»	—	1	»	—	1
29	»	—	1	0	—	1
31	1,6	—	1	»	—	1

On voit par ce tableau que les chances semblent plus favorables au traitement mercuriel ; ainsi, dans la première semaine, il n'y a dans ce traitement que 18,5 chances contre 1 ; tandis que, sans mercure, les chances sont de 70,5 contre 1. Dans la deuxième semaine, les chances défavorables sont de 2,7 contre 1 pour le traitement mercuriel, de 6,6 contre 1 pour le traitement non mercuriel. Enfin, dans le premier mois, sur 232 femmes traitées par le mercure, 155 ont été guéries; tandis que sur les 286 autres traitées sans mercure, 119 seulement ont guéri dans cet intervalle de temps. Il ne peut donc y avoir doute à cet égard : dans l'immense majorité des cas d'ulcères chancreux, légers et récents, les préparations mercurielles hâtent et facilitent la guérison. Mais passé le premier mois, cette efficacité du traitement mercuriel paraît s'éteindre, puisque sur les 167 femmes traitées sans mercure, qui restaient non guéries à cette époque, 42 ont quitté l'hôpital dans le mois suivant, et 33 dans le troisième mois ; tandis que celles traitées par les mercuriaux et guéries n'ont été qu au nombre de 52 pour le second mois et de 20 pour le troisième ; ce qui tient probablement à ce qu'à cette époque, la maladie n'était plus à l'état primitif, mais l'état véritablement secondaire. Il y a donc encore d'assez grandes difficultés pour savoir dans quels cas on peut affirmer la guérison par les mercuriaux, et dans quels cas il y a lieu de s'en abstenir. Dans les cas de chancres avec blennorrhagie, le traitement mercuriel a compté aussi un plus grand nombre de succès, puisque les 53 femmes traitées par le mercure ont guéri en 38,39 jours en moyenne, et les autres 117 en 44,15 jours. Cependant, dans la première se-

maine, la proportion a été inverse (52 chances contre 1 pour les mercuriaux, 28,2 contre 1 pour le traitement sans mercure), ce qui tend à faire croire que sous le nom de chancre on a peut-être confondu des excoriations ou des ulcérations sans caractère. En effet, à mesure qu'on s'éloigne du commencement du traitement, les chances ont été plus favorables pour le traitement mercuriel.

---

34. *Emploi du phosphate d'ammoniaque dans le traitement de la goutte et du rhumatisme.*

(Médical Times.)

Les idées généralement reçues par les médecins sur la nature des maladies ont naturellement beaucoup d'influence sur la thérapeutique que l'on dirige contre elles. Les altérations des humeurs, si souvent invoquées par les anciens, ont conduit à l'emploi systématique de moyens qui ont varié suivant la nature de l'humeur qu'on supposait altérée et l'espèce d'altération qu'on croyait qu'elle avait subie. Les altérations du sang et des urines, sur lesquelles les travaux modernes ont jeté tant de jour, ont conduit aussi les médecins modernes à des essais thérapeutiques ; et pour ne parler que de la goutte et du rhumatisme, du moment qu'on a eu reconnu la présence de ce qu'on appelle la diathèse urique, on a dû chercher les moyens de neutraliser cette diathèse. C est ce qui a conduit M. Edwards à proposer, dans ces maladies, l'emploi du phosphate d'ammoniaque. Rien de plus facile à comprendre, suivant lui, que les heureux effets de ce sel : introduit dans l'économie, il se combinerait avec l'acide urique et l'urate de soude en excès ; ces deux substances insolubles seraient décomposées, et il y aurait formation de deux sels solubles, le phosphate de soude et l'urate d'ammoniaque. Il aurait encore, suivant Liébig, la propriété de rendre l'acide urique facilement soluble dans l'eau ; de sorte que cet acide, en excès dans cette maladie, serait éliminé facilement par les reins. Voici pour la théorie. Quant à la pratique, M. Edwards affirme que donné à l'intérieur, à la dose de 50 centigrammes, ce sel ne détermine aucun accident ; tout au plus quelques nausées en commençant, avec un peu de chaleur à l'épigastre ; et si le malade se tient chaudement, on ne tarde pas à voir des effets diaphorétiques et diurétiques très prononcés. Ce médecin fait précéder l'usage du phosphate d'ammoniaque de l'administration d'un purgatif ; et, dans le rhumatisme articulaire aigu, lorsque la maladie est intense, il a recours aussi à un traitement anti-

phlogistique local et général. Suivant lui, le phosphate d'ammoniaque prévient l'extension du rhumatisme à d'autre jointures, l'empêche de passer à l'état chronique et de se localiser ; il prévient aussi les complications vers le cœur. Dans la goutte, en employant ce sel de bonne heure, on préviendrait et on retarderait les attaques. C'est surtout dans la forme atonique, avec gonflement rebelle des articulations, que l'on se trouve le mieux du phosphate d'ammoniaque. On peut encore en faire usage en lotions sur les parties maladies. Tels sont les résultats annoncés par M. Edwards ; ils méritent d'être vérifiés, mais avec toute la réserve que comporte l'emploi d'un sel dont les propriétés physiologiques ne sont pas encore bien connues, et qui doit avoir une influence altérante analogue à celle des autres sels ammoniacaux.

MÉLANGES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

35. *Compte rendu des séances pendant le mois d'août* 1850 ; par M. le docteur Follin, secrétaire.

(Gazette médicale de Paris, N° 45 et 46 ; 1850.)

I. *Physiologie. — Nouvelles recherches sur les contractions de la peau produites par le galvanisme* ; par M. Brown-Séquard.

La Société a vu, dans la séance du 8 septembre 1849 (voir les *Comptes rendu*, n° 9, septembre 1849), que la contractilité de la peau, chez l'homme, peut être mise en jeu par un courant électro magnétique. Quelques mois après, M. Kolliker a publié dans son journal (*Zeitschrift fur wissenschaftliche Zoologie)* une note sur le fait découvert par M. Brown-Séquard. M. Kolliker n'a vu *la chair de poule* se produire que dans un cercle d'un demi-pouce à 1 pouce de circonférence ; M. Brown-Séquard a vu quelquefois la chair de poule envahir jusqu'à la presque totalité de la peau d'un membre. A quoi tient cette différence ? Elle provient surtout de ce que l'observateur allemand employait des conducteurs humides dans leur point d'application à la peau, tandis que M. Brown-Séquard employait des conducteurs secs. Voici, du

reste, quelques-unes des principales causes de variation dans l'énergie et l'étendue des contractions de la peau :

1° Toutes choses égales d'ailleurs, la chair de poule est d'autant plus étendue et d'autant plus prononcée que le courant est plus fort.

2° Pendant un certain temps, qui varie entre vingt et quarante minutes, chez des individus différents, la chair de poule s'accroît toujours de plus en plus en étendue et en énergie.

3° La partie de la peau sur laquelle sont appliquées les extrémités des conducteurs doit être sèche, lorsqu'on veut produire des effets puissants sur une large surface. Tout le monde sait que, quand on applique sur la peau des conducteurs humides, le courant traverse presque perpendiculairement la peau, qu'il gagne aussitôt les muscles ou les autres organes sous-cutanés, qu'il provoque des mouvements et n'occasionne guère de douleur. Au contraire, quand les conducteurs sont secs, le courant ne pénètre qu'un peu ou pas du tout dans les parties sous-cutanées, et alors il n'y a pas de mouvements, mais la sensibilité cutanée est vivement mise en jeu.

Lorsqu'on applique, par exemple, deux conducteurs, se terminant chacun par une petite plaque métallique, l'un au poignet, l'autre au milieu du bras, on voit presque aussitôt, si ces plaques et la peau sont sèches, la chair de poule apparaître tout autour des plaques et au-dessous d'elles. La partie de peau atteinte de chair de poule a la forme d'un cercle qui s'agrandit peu à peu. Au bout de dix à quinze minutes, au lieu d'un cercle, on voit une ellipse, dont le grand diamètre est sur la ligne d'union d'un pôle à l'autre. Les deux ellipses, en s'étendant, se rapprochent l'une de l'autre, et quelquefois finissent même par se toucher et n'en faire plus qu'une seule. En expérimentant comme nous venons de le dire, on voit, dans la plupart des cas, à moins que l'on n'emploie un courant très faible, la chair de poule occuper un espace bien plus étendu que celui signalé par Kolliker. Du reste, même en employant des conducteurs humides, on peut, chez certains sujets, obtenir des effets plus étendus que ceux vus par Kolliker.

Le biologiste allemand croit que la chair de poule n'est pas due à une contraction du tissu cellulaire de la peau ; il l'attribue exclusivement à la contraction des *fibres-cellules musculaires* qui se rencontrent à l'entour des bulles des poils. M. Brown Séquard se refuse à admettre cette opinion exclusive. Il lui semble que le nombre des fibres-cellules musculaires, dans la peau, est trop faible pour qu'on puisse s'expliquer, par la contraction de ces

fibres seules, la chair de poule et les rides produites par le galvanisme. Non-seulement l'anatomié a montre à Kolliker lui-même que ces cellules musculaires sont rares à la peau, mais encore la chimie n'a pas jusqu'ici démontré l'existence de la fibrine dans la peau, ce qui aurait été fait si le nombre des fibres-cellules n'y était très minime, puisque, comme l'a découvert Kolliker, les fibres-cellules de la peau sont identiques à celles qui composent les muscles intestinaux, et doivent conséquemment contenir de la fibrine.

M. Brown-Séquard a cherché à résoudre la question de savoir si c'est bien sur la peau elle-même ou sur les nerfs moteurs des fibres contractiles cutanés qu'agit le galvanisme. On comprend que chez l'homme à l'état normal, par suite de la douleur occasionnée par le galvanisme, il puisse y avoir une réaction des centres nerveux sur les nerfs moteurs de la peau, ainsi que cela a lieu dans les émotions; mais M. Brown-Séquard a vu la peau se contracter chez des paralytiques, et c'est même dans des cas de paralysie qu'il a vu les plus fortes contractions de la peau. Ce fait paraît démontrer que c'est par l'excitation directe du galvanisme, et non pas par suite d'une action du système nerveux, que la peau est prise de contraction quand on la galvanise. Néanmoins il est permis de conserver des doutes à cet égard. En effet, on pourrait supposer, malgré le peu de probabilité de cette supposition, que, dans ces cas, les nerfs moteurs de la peau n'étaient pas paralysés, bien que les nerfs moteurs des muscles locomoteurs voisins le fussent. M. Brown-Séquard a essayé de lever la difficulté de la manière suivante : il a coupé le nerf facial et le nerf sous-orbitaire, d'un côté, chez des cobayes ; huit jours après, il a galvanisé la lèvre supérieure paralysée, et il y a vu la chair de poule se produire aussi bien que sur la lèvre non paralysée des mêmes animaux. Ici certainement les centres nerveux ne pouvaient plus agir sur la lèvre paralysée. Reste la question de savoir st le galvanisme agissait *directement* sur les fibres contractiles ou par l'intermédiaire des ramuscules nerveux. La première de ces deux opinions est infiniment plus probable que l'autre; car si l'autre était vraie, il faudrait qu'il y eût entre les nerfs animateurs des muscles locomoteurs et les nerfs animateurs des fibres contractiles de la peau cette différence que les premiers, séparés des centres nerveux, perdent leur propriété en moins de cinq ou six jours, tandis que les seconds conserveraient leur propriété au delà de ce terme. Or rien n'autorise à supposer une telle différence. Il y a donc lieu de croire que le galvanisme peut mettre directement en action les fibres contractiles de la peau.

Troubles survenant dans la nutrition de l'œil, par suite de la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, au dos; par le même.

Tout le monde connaît les résultats singuliers que produisent sur l'œil la section du nerf trijumeau dans le crâne ou l'extirpation du ganglion cervical supérieur. Tout le monde sait aussi que l'existence d'helminthes dans le canal intestinal, ainsi que certaines affections de la moelle épinière, peuvent amener des troubles dans la vision ou même des maladies de l'œil, et quelquefois une amaurose complète. M. Brown-Séquard vient de trouver un fait qu'on peut rapprocher de ceux-là Sur neuf cochons d'Inde auxquels il avait coupé une moitié latérale de la moelle épinière à la hauteur de la dixième, de la onzième ou de la douzième vertèbre dorsale, il en a vu quatre offrir des altérations plus ou moins considérables de l'œil correspondant au côté coupé de la moelle.

Dans un des quatre cas, l'altération a consisté d'abord dans une opacité de la cornée; puis la conjonctive s'est enflammée, et l'inflammation a gagné la cornée. Au bout de quelques jours, il existait une ophthalmie purulente des plus intenses. La cornée a été en partie détruite ; l'œil s'est vidé, et l'on a pu voir alors que le cristallin et l'humeur vitrée avaient conservé leur transparence. L'animal est resté borgne.

Sur un second animal, quatre jours après l'opération faite à la moelle, la cornée a présenté un sillon oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Le lendemain, ce sillon était plus profond et ses bras étaient opaques. Le surlendemain, toute la cornée était opaque. Elle resta ainsi cinq jours, au bout desquels l'opacité disparut, et il ne resta aucune trace du sillon assez profond qui s'y était montré.

Sur un troisième animal, vingt heures après l'opération, la cornée présentait un sillon opaque. Dix heures plus tard, toute la cornée était opacifiée. L'animal mourut cinquante-cinq heures après l'opération ; il existait alors une kérato-conjonctivite intense. En ouvrant l'œil, on reconnut que ses parties intérieures étaient à l'état sain.

Sur un quatrième animal, six jours seulement après l'opération, on aperçut un court et léger sillon opaque sur la cornée. Le lendemain, la cornée était un peu opacifiée. Deux jours plus tard, tout avait disparu, et la cornée était revenue à l'état normal.

Des cinq autres cochons d'Inde opérés, un mourut trois jours

après l'opération, sans que l'œil ait été altéré. Les quatre autres ont survécu ; leurs yeux, examinés avec soin chaque jour, pendant plus de deux mois, n'ont présenté aucune altération.

Comment se rendre compte de cette singulière altération de l'œil? Y a-t il un lien organique spécial entre l'œil droit, par exemple, et la moitié droite de la moelle épinière? Quelle est la nature de ce lien et par quelles voies s'opère-t-il? Pourquoi enfin ce lien n'existe-t-il que chez certains individus? Ce sont là des questions à résoudre. Pour essayer de le faire, M. Brown-Séquard se propose de couper une moitié de moelle dans diverses régions voisines ou éloignées de celle que nous avons indiquée ci-dessus ; il se propose aussi de produire les lésions sur les ganglions du grand sympathique dans l'abdomen.

Avant de terminer, nous devons signaler un fait bizarre : il semble que si un œil s'altère après la section d'une moitié latérale de la moelle, on devra quelquefois voir les deux yeux, ou au moins l'un des deux, s'altérer après la section de toute la moelle, c'est à dire de ces deux moitiés latérales. Eh bien ! jusqu'ici M. Brown Séquard n'a jamais vu rien de semblable, malgré la multiplicité extrême de ses expériences. (Séance du 22 juin.)

II. *Anatomie pathologique. — Du pied plat;* par M. J. Guérin.

M. J. Guérin présente quelques considérations sur une variété de pied bot dont il met un exemple sous les yeux de la Société. Cette forme de pied-bot, qui avait été mise en dehors des descriptions classiques, c'est le pied plat, auquel les sections tendineuses sont aussi applicables. En rappelant ces faits. M. J. Guérin montre un jeune enfant qui porte un pied-bot varus équin d'un côté, et de l'autre un pied plat tellement exagéré que la surface plantaire est convexe. La rétraction des muscles extenseurs du pied est des plus manifestes.

Cet enfant porte aussi les traces d'un *spina bifida* guéri. En effet, au bas de la région lombaire, on aperçoit un petit tubercule qui surmonte un enfoncement, trace du trou par lequel sortait le liquide du *spina bifida*.

M. J. Guérin communique aussi à la Société des pièces et des dessins relatifs à cette variété de pied plat. Sur un des dessins, on remarque une grande tension du jambier antérieur, de l'extenseur commun et des péroniers, en même temps qu'une tension correspondante du tendon d'Achille.

Sur une pièce sèche, on voit une convénite de la surface plantaire des os du pied.

Examen microscopique d'un dépôt d'urate alcalin (tophus) dans les articulations du tarse ; par M. Rouget.

Cette pièce provient d'une femme de 40 ans environ, destinée aux dissections. Toutes les articulations paraissaient parfaitement saines. Le pied lui-même ne présentait aucune déformation; mais en ouvrant les articulations du tarse du pied droit, on les trouva remplies par une matière blanche, demi-liquide, ayant tout à fait l'aspect et la consistance de la crème ou de la substance blanche de la moelle épinière. Les ligaments et les cartilages articulaires ne présentaient aucune altération. Le siége de ce dépôt morbide porta M. Rouget à penser qu'il devait être rapporté aux dépôts tophacés de la goutte, bien que les tophus fussent des concrétions solides.

En soumettant une petite portion de cette substance à l'action de l'acide acétique ou de l'acide nitrique faible, M. Rouget vit sous le microscope la matière crayeuse se dissoudre et immédiatement apparaître d'innombrables cristaux de formes variées, mais appartenant toutes aux formes cristallines attribuées à l'acide urique.

Cette première expérience démontra que le dépôt était constitué par l'acide urique uni à une base, la soude peut-être. L'acide acétique ou nitrique, en s'emparant de la base, avait déterminé la cristallisation de l'acide urique mis en liberté.

En examinant à de forts grossissements la matière tophacée contenue dans la cavité articulaire, et en soumettant de très-légers fragments de cette matière à l'action de l'acide acétique, M. Rouget a cru remarquer que l'urate alcalin était contenu à l'intérieur de cellules analogues à celles qui revêtent l'intérieur de la synoviale. Ainsi ce sel serait contenu, sous forme de dépôts granuleux, à l'intérieur des cellules épithéliales de la synoviale. Ce qui le prouve, ajoute M. Rouget, c'est que, dans un cas, je pus voir très-nettement, dans un groupe de quatre ou cinq squammes, traitées par l'acide acétique, les granules intérieures disparaître, les parois cellulaires elles-mêmes se dissoudre, et en même temps, dans le même point, se former et s'accroître, à mesure que les cellules disparaissaient, un groupe de cristaux d'acide urique.

D'ailleurs, ce dépôt minéral à l'intérieur de cellules n'est pas sans exemple, tant s'en faut, dans les êtres organisés. Chez les végétaux, on sait que les cristaux qui constituent les saphides se développent à l'intérieur de cellules, et l'ossification des carti-

lages du fœtus a lieu en grande partie par le dépôt de phosphate terreux à l'intérieur des cellules du cartilage.

Cette observation me paraît éclairer le mode de formation des tophus. Ces tophus ne sont en réalité qu'une altération de la sécrétion de la synoviale. Les cellules de l'épithélium pavimenteux s'imprègnent d'un dépôt d'urate alcalin; elles se détachent, tombent dans l'intérieur de la cavité articulaire, et au lieu de se dissoudre, d'être résorbées comme cela a lieu dans l'état normal, elles s'agglomèrent, forment des amas qui se condensent de plus en plus par la résorption des parties liquides et organiques, et constituent les concrétions tophacées. Lorsqu'on est à même, comme je l'ai été, d'examiner ces dépots tophacés, pour ainsi dire à l'état naissant, on y rencontre les cellules épithéliales libres, isolées et conservant encore leur forme caractéristique; mais plus tard ces cellules s'entassent, se confondent, se soudent en quelque sorte pour constituer les concrétions tophacées, dans lesquelles on ne distingue plus autre chose que le dèpôt terreux.

Lenwenhoeck est d'ailleurs, que je sache, le seul micrographe qui ait examiné la constitution intime de ces concrétions tophacées. Dans la figure qu'il en a donnée, on retrouve les fines aiguilles cristallines et les granules innombrables dont j'ai parlé, et de plus on y voit quelques plaques obscures, irrégulières, qui pourraient bien être des cellules épithéliales. Il a obtenu aussi, à l'aide de la chaleur, des cristaux d'acide urique, dont l'acide acétique détermine si promptement la formation.

Du synchisis étincelant; par M. Lebert.

M. Lebert montre des cristaux de cholestérine provenant de l'humeur aqueuse d'un homme qui présentait les symptômes du synchisis étincelant.

Kyste pileux de l'ovaire ; par M. Follin.

M. Follin donne quelques détails sur un kyste pileux de l'ovaire trouvé sur une femme de 45 ans, qui a succombé à un cancer de l'estomac. Ce kyste, contenu dans l'ovaire droit, est divisé en deux loges. La plus grande contient seulement des poils et une matière graisseuse et épithéliale; la plus petite renferme un fragment osseux dont la forme générale est celle d'un petit maxillaire inférieur, et une dent qui paraît être une première molaire. Les poils sont pourvus d'un bulbe; la dent est encaissée dans une sorte de capsule fibreuse, et adhère légèrement au fragment osseux.

Concrétions tophacées ; par M. LECOMTE.

M. Lecomte donne les résultats qu'il a obtenus en examinant chimiquement des concrétions tophacées provenant des articulations d'un goutteux : il y a trouvé beaucoup d'acide urique, pas de soude, mais de la potasse.

III. *Pathologie humaine et comparée. — Lipome de la cavité abdominale ;* par M. MOYNIER.

Le diagnostic des tumeurs de l'abdomen a, dans ces derniers temps, acquis un grand degré de précision ; cependant il est souvent obscurci par la présence de certaines tumeurs que l'on rencontre rarement et que par cela même, dans un cas donné, l'esprit du praticien n'admet guère probables.

M. Eugène Moynier a mis sous les yeux de la Société un exemple de ces tumeurs, rarement observées dans la clinique, et dont la science n'a enregistré qu'un petit nombre d'exemples. Une femme de 47 ans entra, au mois de juillet 1850, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nelaton, pour y être traitée d'un cancer de l'utérus.

Cette femme était d'une faible constitution et affaiblie par sa maladie, qui datait de plusieurs années et s'accompagnait surtout de métrorrhagies. D'une grande maigreur, elle ne se plaignait d'aucun trouble dans les fonctions digestives, n'avait ni constipation ni diarrhée ; toutefois, elle éprouvait des douleurs pendant la défécation et l'émission des urines, surtout dans les derniers jours de sa vie.

Le 5 août, elle fut prise de frisson, de douleurs vives dans l'abdomen, avec hoquet, nausées, vomissements, ballonnement du ventre, difficulté plus grande encore dans l'émission des urines.

Le 6, les accidents s'aggravèrent, et la mort survint le 7.

A l'autopsie, on constata les lésions de la péritonite ; épanchement de pus et de sérosité dans l'abdomen. Le pus est surtout abondant dans le petit bassin. Le cul-de-sac recto-utérin est le siége d'une perforation qui donne passage à la sanie sécrétée par un vaste ulcère cancéreux occupant le vagin, les débris du col de l'utérus, la paroi recto-vaginale et vésico-vaginale.

Les autres viscères n'offraient aucune altération : les ganglions hypogastriques et lombaires n'étaient pas engorgés. Mais à la région iliaque gauche, au-dessous et un peu en dehors du rein, on trouva une tumeur recouverte en avant par le colon descen-

dant, en arrière en rapport avec le carré des lombes et le muscle iliaque. Cette tumeur est lisse, aplatie, deux à trois fois plus volumineuse que le rein, de consistance mollasse, présentant une sorte de fluctuation.

Pesée avec le rein, elle donne. . .	430	grammes.
Le rein seul pèse.	105	—
La tumeur seule	315	—

La capsule fibreuse du rein se continue sur la tumeur où elle s'amincit considérablement en devenant celluleuse, lorsqu'après avoir enlevé cette membrane fibreuse, on cherche la connexité réelle qui peut exister entre la tumeur et le tissu du rein, on voit qu'on peut isoler le tissu de la tumeur d'avec le rein, jusqu'au point où se trouve une espèce de pédicule du volume du pouce formé de tissu fibro-celluleux et de vaisseaux volumineux qui communiquent largement avec les vaisseaux du rein (artère et veine), dont ils semblent provenir, pour aller se ramifier dans le tissu de la tumeur, qui est parcourue par des vaisseaux nombreux et volumineux, surtout à la partie supérieure adhérente au rein.

L'examen au microscope fait voir que la tumeur est constituée par des cellules adipeuses, sans dépôt de matière cancéreuse: c'est un véritable lipôme.

Ces lipomes des cavités splanchniques n'ont guère été observés, car nous ne pouvons ranger parmi eux ces sortes de hernies graisseuses produites par le déplacement du tissu graisseux développé sous le fascia propre. Ces dernières contiennent à leur intérieur une cavité séreuse communiquant ou non avec le péritoine.

MM. Lebert et Broca ont rapporté chacun un exemple du lipome de l'abdomen.

Sur le cadavre d'une femme morte d'un cancer du sein à l'âge de 60 ans. M. Lebert a trouvé, à la surface péritonéale de l'intestin grêle, une tumeur de la grosseur d'une noisette maintenue par un pédicule long de 0.04, mince, vasculaire, entouré d'une membrane cellulaire. La tumeur était constituée par des vésicules graisseuses formant un tissu continu traversé par des fibres cellulaires fines et tortueuses, réunies en faisceaux.

M. Broca vit, sur le cadavre d'un homme mort à l'hôpital Necker, une tumeur énorme siégeant dans la fosse iliaque gauche, remplissant la moitié inférieure de l'abdomen, et refoulant en haut l'intestin. Cette tumeur reposait sur le psoas iliaque; elle appuyait sur les vaisseaux iliaques primitifs et iliaques externes,

recouverts par le péritoine dans les quatre cinquièmes de sa surface ; sa face antérieure était parcourue par une dépression longitudinale qui contenait l'S iliaque.

Sa consistance varie dans les divers points de son étendue ; en haut et en dedans, on trouve un noyau arrondi, gros comme la tête d'un enfant, presque aussi dur qu'une tumeur fibreuse ; le reste de la tumeur est mollasse, qui, coupée, présente les caractères du lipome. Dans la portion dure, on voit des lobules de graisse emprisonnés dans une espèce de gangue dense, lardacée, friable, vasculaire; qui ne laisse suinter à la pression ou par le grattage, aucun liquide lactescent et où le microscope ne découvre rien de cancéreux. C'est donc à tort, ajoute M. Broca, qu'on a pris cette partie de la tumeur pour un lipome dégénéré; on n'y trouve que les produits organisés de l'inflammation chronique, et l'on a regardé l'inflammation des lipomes comme n'étant pas très-rare.

Il est fort difficile de tracer, à l'aide de ces trois faits, l'histoire de ces tumeurs, dont la présence n'a été révélée pendant la vie que par leur volume ; une constipation habituelle existait chez le malade observé par M. Broca ; mais il n'y avait là qu'une affaire mécanique. La femme morte à l'hôpital Saint-Louis éprouvait de la difficulté à uriner, mais les uretères n'étaient pas comprimés, et cette difficulté était due plutôt à la présence du cancer envahissant la vessie.

Inoculation du sang de rate ; par M. Rayer.

M. Collignon, inspecteur de l'abattoir Montmartre, ayant remis, le 26 juin, à M. Rayer, la rate d'un mouton atteint de la maladie connue sous le nom de *sang de rate,* et abattu depuis quelques heures, M. Rayer a inoculé du sang provenant de cette rate à un mouton qui avait présenté des symptômes du *tournis.* Quatre piqûres ont été faites au pli de l'aine, de chaque côté, avec un bistouri à lame très-étroite, imprégné du sang de cette rate malade ; quatre autres piqûres ont été pratiquées au-dessus de la lèvre supérieure.

Dans les premières vingt-quatre heures, on n'observa rien de particulier ; l'animal mangea comme d'habitude. Le surlendemain, il parut triste et continua cependant de prendre des aliments. Dans la soirée la respiration parut plus accélérée que de coutume. Le jour suivant (troisième jour), la respiration devint de plus en en plus accélérée ; l'animal avait de la fièvre, il ne se levait que lorsqu'on le frappait. Les yeux n'étaient point injectés ;

il ne s'écoulait point de liquide par les naseaux, et les huit piqûres n'offraient aucun phénomène d'inflammation. Le lendemain matin, la respiration continuait d'être haute et très accélérée, l'animal était très abattu et refusa complétement de se mouvoir. Vers midi, son corps parut agité de mouvements convulsifs. La peau, sur des parties où l'on avait coupé la laine, avait une teinte violette ; l'animal mourut à midi. Quelques instants après la mort, la teinte violette avait disparu.

A deux heures et demie, le corps était encore chaud ; on procéda à l'autopsie du cadavre. Les huit piqûres étaient cicatrisées. Les ganglions voisins étaient rougeâtres, sans être augmentés sensiblement de volume.

Les caillots offraient une teinte violacée ou vineuse, visible même à l'extérieur, teinte qui tenait à une très-vive injection de la membrane muqueuse. La panse contenait une assez grande quantité d'aliments ; le foie et le pancréas étaient sains ; la *rate* n'était pas sensiblement augmentée de volume, mais son tissu, considérablement ramolli, se réduisait facilement en bouillie, comme celui de la rate dont le sang avait été inoculé.

Le tissu de la rate, examiné à l'œil nu et à la loupe, ne présentait pas d'extravasation sanguine analogue à celle qu'on a désignée sous le nom d'*apoplexie* de la rate ; le sang qu'elle contenait avait une coloration violacée analogue à celle du sang de la rate d'un animal atteint de la maladie dite *sang de rate*, coloration distincte de celle que présente le sang d'une rate saine.

Il y avait quatre cysticerques (*cysticercus tenuicollis*) dans les replis de l'épiploon.

Le larynx était sain ; la trachée offrait, entre les anneaux cartilagineux, une teinte violacée qu'on rencontrait également dans plusieurs ramifications bronchiques. Plusieurs ramifications des bronches étaient comme obstruées par une espèce d'helminthes (*strongylus filaria*) qu'il n'est pas rare de rencontrer dans le mouton. Il y en avait aussi dans la trachée.

La surface des poumons était parsemée d'une grande quantité de pétéchies et d'ecchymoses ; les pétéchies étaient très nombreuses.

La plupart de ces infiltrations sanguines s'étendaient dans le tissu du poumon, à 2 ou 3 lignes de profondeur ; quelques unes semblaient n'occuper que la surface de cet organe.

Les plèvres étaient saines et ne contenaient pas de sérosité dans leur cavité. Il n'y en avait pas non plus dans la cavité du péricarde. Le cœur, et surtout ses cavités droites, étaient fortement distendus par des caillots de sang noirâtre, mous et se ré-

duisant facilement en bouillie; l'aorte et les principaux vaisseaux avaient leur couleur normale.

Le sang, examiné au microscope, se comportait comme celui du mouton atteint de *sang de rate*, qui avait servi à l'inoculation. Les globules, au lieu de rester bien distincts, comme les globules du sang sain, s'agglutinaient généralement en masses irrégulières ; il y avaient en outre dans le sang de petits corps filiformes, ayant environ le double en longueur d'un globule sanguin. Ces petits corps n'offraient point de mouvements spontanés.

Un cœnure dévéloppé dans l'hémisphère gauche du cerveau faisait saillie dans le ventricule latéral correspondant.

En résumé, ce mouton inoculé avec du *sang de rate* est mort en moins de quatre jours ; il a présenté dans les poumons des pétéchies et des ecchymoses, et dans la rate un ramollissement semblable à celui qu'on observe chez les moutons qui meurent naturellement du *sang de rate*.

A cette occasion, M. Rayer rappelle que M. Barthélemy (en 1823), ayant inoculé par piqûre à une brebis saine le sang provenant de la rate d'une brebis morte du *sang de rate ;* au bout de soixante heures environ, la bête inoculée fut trouvée morte. Elle avait la rate plus volumineuse et plus profondément altérée que celle qui avait fourni la matière de l'inoculation. Cinq heures après la mort de cet animal, M. Barthélemy inocule à une autre brebis, également saine et provenant du même troupeau, le sang de la rate dont on venait de reconnaître l'état maladif. Les effets furent encore plus prompts ; le sujet mourut trente-six heures après l'inoculation ; la rate avait également éprouvé des altérations très profondes.

Pendant les grandes chaleurs des mois de juin et de juillet dernier, le sang de rate faisant de grands ravages dans la Beauce, spécialement dans les fermes situées au sud de Chartres. M. Rayer s'est rendu sur les lieux, avec M. Davaine, dans le but de provoquer de nouvelles observations sur les effets de l'inoculation du sang de rate.

Deux médecins distingués, MM. Voyet et Manoury, et un vétérinaire aussi habile qu'instruit, M. Boutet, se sont mis à l'œuvre ; en attendant qu'ils fassent connaître, avec détails, les résultats de leurs expériences, M. Rayer communique les faits suivants, extraits des lettres qu'ils ont bien voulu lui adresser :

1° Un mouton inoculé par M. Davaine, avec du sang provenant de la rate non putréfiée d'un mouton (mort la veille, du sang de rate), est mort quarante-huit heures environ après l'inoculation, et a présenté les lésions caractéristiques du sang de rate.

2° Un mouton affecté de tournis et faisant partie d'un troupeau non atteint de l'épizootie, inoculé avec le sang de la rate d'un mouton mort de sang de rate, a succombé trente-six heures environ après l'inoculation. Les piqûres n'ont présenté ni enflure ni gangrène. La rate était diffluente ; il y avait de nombreuses pétéchies dans le tissu cellulaire du médiastin ; les reins étaient hypérémiés ; plaques de Peyer gonflées.

3° Un mouton appartenant à M. Boutet, inoculé avec du sang provenant de la rate du mouton précédent, est mort quarante-huit heures après l'inoculation, et a présenté toutes les lésions du sang de rate.

4° Quatre autres moutons, plus ou moins anémiques, inoculés également avec du sang de rate, sont morts environ quarante-huit heures après l'inoculation.

5° Un cheval inoculé avec du sang de rate est mort quatre-vingts heures après l'inoculation.

6° Enfin, un mouton inoculé avec le sang provenant de ce cheval est mort au bout de cinquante trois heures.

De semblables résultats ne peuvent laisser de doutes sur les propriétés septiques, très-énergiques, du sang des animaux atteint de *sang de rate*.

Oblitération de la vésicule biliaire par un calcul; analyse du liquide muqueux dont elle était remplie; par M. Gubler.

M. le docteur Gubler communique à la Société l'observation suivante :

« Une femme de 53 ans, blanchisseuse, entre le 22 février 1850 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Bouillaud, pour une maladie chronique organique du cœur. Je ne l'ai vue que dans les derniers jours de sa vie, et ne puis donner aucun renseignement sur ses antécédents, si ce n'est qu'elle avait eu des rhumatismes articulaires aigus.

« Il existait chez elle une voussure très-prononcée et une matité énorme de la région précordiale ; la main appliquée sur cette région percevait un frémissement vibratoire très-fort, en même temps qu'elle était violemment soulevée par une large masse, la pointe du cœur battait dans le sixième espace intercostal tout à fait en dehors. A l'auscultation, on constatait l'existence d'un souffle râpeux ayant son maximum d'intensité vers la pointe, au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et couvrant les deux bruits. A la base, le premier bruit était rude et prolongé ; le second claquement bien frappé et parcheminé.

En outre, il existait vers la base du ventricule droit un bruit de souffle rude, superficiel, diffus, perceptible dans une étendue limitée en dehors de laquelle il disparaissait bientôt. Volume du pouls très-petit par rapport à l'impulsion du cœur ; pouls non redoublé. Râles secs et humides dans la poitrine, ortophnée.

« M. Bouillaud porta le diagnostic suivant : hypertrophie du cœur (volume double au moins) portant surtout sur le ventricule gauche ; insuffisance avec épaississement et induration de la valvule bicuspide ; hypertrophie des valvules sigmoïdes de l aorte ; large plaque laiteuse sur le péricarde.

« Malgré le traitement mis en usage, les phénomènes asphyxiques ne firent qu'augmenter, et la malade succomba le 21 mars, c'est à-dire un mois après son entrée.

« L'autopsie confirma pleinement le diagnostic. On trouva un véritable cœur de bœuf; les deux lames de la valvule mitrale épaissies et chargées de matière calcaire étaient soudées par leur bord libre, de manière à former un anneau permanent qui admettait l'extrémité du doigt indicateur et devait permettre le reflux du sang dans l'oreillette gauche pendant la systole ventriculaire. Les valvules sygmoïdes étaient aussi épaissies, opaques par places, mais non déformées. Une plaque laiteuse de 3 à 4 centimètres carrés couvrait la base du ventricule droit en empiétant un peu sur le ventricule gauche. Les poumons étaient fortement engoués et en partie privés d'air. Le foie, d'un volume normal, offrait pourtant à sa surface convexe un aspect chagriné et légèrement bosselé ; la disposition acineuse de la surface des coupes était très-prononcée, et la couleur un peu fauve des *acini* tranchait sur le fond brun rouge de l'organe. La vésicule biliaire, distendue par un liquide dont nous donnerons plus loin les caractères, était épaissie, fibrineuse, et avait perdu à l'intérieur l'aspect réticulé et velouté qu'on lui connaît ; sa membrane interne lisse et polie ressemblait exactement à une séreuse ; au-dessous d'elle se dessinaient en relief des bandelettes blanches, nacrées, presque toutes transversales, entre-croisées à angles aigus. Vers le fond de la cavité, on voyait une petite surface vasculaire plus molle, formant un léger relief et couverte de granulations miliaires demi transparentes. Un calcul de cholestérine, gros comme une aveline, était libre dans la cavité de la vésicule. Un second calcul, d'un volume à peu près égal, était engagé et comme enchatonné dans le col, interceptant ainsi toute communication avec le conduit cystique et conséquemment avec le foie lui-même.

« Nous avons prié M. Quevenne de vouloir bien examiner le

liquide contenu dans la vésicule. Les résultats auxquels il est arrivé interresseront la Société de biologie, car il n'y a encore à ma connaissance qu'une seule analyse, incomplète d'ailleurs, d'un liquide semblable.

« Voici la note que m'a communiquée le savant chimiste :

« A l'autopsie, on trouve que la vésicule biliaire, au lieu de « bile, renferme environ 200 grammes d'un liquide offrant les « propriétés suivantes :

« Teinte jaune paille, analogue à celle du sérum du sang, « mais plus pâle, limpide ou du moins ne tenant que très-peu « de particules en suspension ; consistance sirupeuse, filante ; « odeur forte, cadavéreuse ; saveur légèrement salée, nullement « amère. Densité, 1,007 à la température de 16° c. Réaction « légèrement alcaline. Au microscope, on ne voit rien de par- « ticulier; il y a seulement quelques débris sans forme nette- « ment définie. Une portion versée sur un filtre passe limpide « et conserve sa propriété filante, ce qui indique que celle-ci « n'est pas due à du mucus. »

« Suivent des détails circonstanciés sur les diverses réactions auxquelles le liquide a été soumis M. Quevenne termine par ces considérations :

« Le liquide examiné se distinguait :

« 1° Par son aspect filant ;

« 2° En ce qu'un excès d'acide nitrique redissolvait complé- « tement le précipité albuminoïde d'abord formé ;

« 3e En ce que l'ébullition ne coagulait pas le liquide et ne « faisait que le rendre nébuleux ;

« 4° Enfin par l'action de l'acide acétique, qui produisait « dans le liquide des flocons glaireux, lesquels étaient forte- « ment contractés, mais non entièrement redissous par un excès « d'acide.

« Ce liquide se rapprochait par ses propriétés chimiques de « différents autres fluides du corps humain sans ressembler « complétement à aucun. Ainsi il se rapprochait de la synovie « par sa propriété d'être filant, de former des flocons contractés « sous l'influence d'un excès d'acide acétique ; mais il en diffé- « rait, entre autres choses, par un état de dilution bien plus « grand et la cohérence d'un précipité formé par l'alcool.

« Le principe albuminoïde offrait de l'analogie avec le ca- « séum par sa propriété d'être coagulé par l'acide acétique et « de fournir à la calcination des phosphates terreux presque en « même proportion ; mais le caséum ne donne jamais lieu à « un coagulum cohérent et élastique sous l'influence de l'alcool.

« Si l'on veut comparer ce liquide au sérum du sang, on « trouve tout d'abord qu'il est infiniment moins dense; et con- « tient par suite une proportion beaucoup plus faible de prin- « cipes en dissolution.

« En outre la matière albuminoïde renfermée dans ce liquide « diffère de l'albumine du sang par sa propriété d'être complé- « tement redissoute par un excès d'acide nitrique.

« Les liquides de l'économie dont celui-ci me semble se rap- « procher le plus, tant sous le rapport de la faible densité que « sous celui de la nature des éléments, sont ceux de certains « kystes.

« Quant aux caractères particuliers offerts par la matière al- « buminoïde contenue dans ce liquide, les personnes qui s'oc- « cupent de chimie animale ont pu avoir occasion de remar- « quer que le principe albumineux, si répandu dans l'économie, « présente des variations dans quelques-unes de ses propriétés, « soit qu'il diffère en réalité dans sa nature intime, soit que ces « modifications ne dépendent que de la présence de matières « salines diverses, de l'état de réaction acide alcaline ou neutre « du liquide, soit que ces diverses causes agissent en même « temps. »

« En résumé, M. Quévenne est arrivé aux résultats suivants pour la composition du liquide de la vésicule biliaire calculée pour 100 grammes :

Matières précipitables par l'alcool.	Matière albuminoïde ou protéique précipitée par l'alcool.	0,625	0,650	1,500
	Phosphate de chaux et de magnésie unis à la matière protéique.	0,025		
	Matières organiques extractives non précipitables par l'alcool. . . .	0,544	0,850	
Sels solubles.	Chlorure de sodium en forte proportion — de potassium, des traces. .	0,306		
	Carbonate sodique (résultat de la calcination) en faible proportion. .			
	Eau.			98,500
	Total.			100,000

« Il n'y avait ni phosphates alcalins solubles ni sulfates. »

IV. *Pathologie. — Hémorrhagie cérébrale par suite de la rupture d'une branche de l'artère méningée moyenne ;* par M. Duplay.

M. le docteur Duplay communique à la Société l'observation suivante :

Le nommé Voisin (Louis), âgé de 78 ans, d'une stature moyenne, mais fort et bien constitué, présentait depuis quelque

temps un peu de dérangement de l'intelligence. Il était devenu triste, parlait peu avec ses camarades, et l'on remarquait de l'incohérence et de la bizarrerie dans ses idées.

Le 11 juillet, le malade sort pour aller se promener, mais il ne rentre pas le soir, et pendant quatre jours il disparaît de la maison.

Le 15, il est ramené par des agents de police qui l'ont arrêté à Bercy en état de vagabondage. Comme il présente des contusions à la face, on le fait entrer à l'infirmerie.

Le 16, je vois le malade pour la première fois. Il porte une ecchymose très-considérable sur chaque œil et sur la base du nez; il en porte également aux deux genoux et sur les deux coudes. Ce sont, dit-il, les agents de police qui l'ont ainsi frappé lorsqu'ils l'ont arrêté. Mais l'individu qui l'a ramené affirme que Voisin présentait ces ecchymoses au moment de son arrestation. L'intelligence du malade est évidemment dérangée ; ses reponses se contredisent à chaque instant, et il lui est impossible de se rappeler ce qu'il a fait depuis son départ de la maison. La locomotilité et la sensibilité sont intactes dans les membres supérieurs et inférieurs de chaque côté. Pas de céphalalgie. Le pouls est normal. L'examen attentif de tout l'extérieur du corps et des divers appareils organiques ne me fait découvrir aucune fracture ni aucune lésion des organes intérieurs.

Je prescris néanmoins une saignée du bras de deux palettes et demie, des bains de pieds sinapisés et des boissons délayantes.

Le 17, l'état du malade est le même que la veille. Point de céphalalgie; aucun trouble de la motilité ou de la sensibilité. Même état de l'intelligence. La veille, on a seulement observé un mouvement fébrile, caractérisé par une chaleur plus grande de la peau, un peu d'injection de la face. Pendant la nuit le malade a été agité; il parlait seul, et plusieurs fois le veilleur a été obligé de le faire remettre dans son lit, qu'il quittait machinalement et sans savoir pourquoi. Le matin à la visite cet état avait disparu. (Une bouteille d'eau de Sedlitz; pédiluves sinapisés.)

Le 18, l'état du malade est resté très bon la veille jusqu'à midi. Mais alors il est survenu un frisson violent, qui au bout de deux heures a été remplacé par une fièvre violente. La nuit a été encore agitée ; le malade s'est levé plusieurs fois; mais à la visite le calme est rétabli. Le pouls a repris une fréquence normale, et la peau a sa chaleur naturelle. Du reste, même état de l'intelligence, même état de la locomotilité et de la sensibilité. Nouvel examen de la poitrine et des divers appareils organiques qui donnent tous les signes aussi négatifs que les jours précé-

dents. (Limonade ; pédiluves sinapisés ; 60 centigr. de sulfate de quinine ; bouillons.)

Le 19, Le frisson est revenu la veille à midi, mais il a été moins long que le 17. La chaleur qui l'a suivi a été moins intense ; l'accès fébrile a surtout été caractérisé par de l'agitation ; le malade s'est levé un grand nombre de fois ; il tournait autour de son lit, puis il se recouchait. Le matin il était assez calme ; son intelligence était dans le même état que la veille, et aucun accident nouveau ne s'était manifesté. (Continuation du sulfate de quinine à la même dose ; lavement purgatif ; bains de pieds sinapisés ; bouillons.)

Le 20, le malade n'a pas éprouvé de frisson la veille ; seulement, vers midi, on a remarqué chez lui plus d'agitation. Il parlait seul, et plusieurs fois il s'est levé comme les jours précédents. A la visite, il est à peu près dans le même état que le jour précédent, seulement il y a un peu plus de prostration, un peu de paresse dans ses réponses. (Continuation du sulfate de quinine ; pédiluves ; boissons délayantes ; bouillons.)

Le 21, la veille à midi, même agitation que le jour précédent, mais sans frisson. Apparition d'un engorgement volumineux à la région parotidienne, survenu pendant la nuit et formant une saillie volumineuse comme un très-gros œuf de poule. Le tissu cellulaire qui occupe la région mastoïdienne, et celui de la partie supérieure du cou, participent à l'engorgement. La peau est d'un rouge terne, et la tumeur donne la sensation d'une dureté considérable. Un peu au-dessus du poignet gauche, phlyctène de la largeur d'un centimètre et demi, soulevant l'épiderme, et entourée d'un cercle d'un rouge violacé. Assoupissement. Réponses lentes et incomplètes. Aucun trouble de la locomotilité ni de la sensibilité. Rien de nouveau du côté de la poitrine. La langue est sèche. Le pouls est petit et facilement dépressible. (15 sangsues au niveau de l'engorgement ; cataplasmes sinapisés ; limonade vineuse ; continuation du sulfate de quinine.)

Le 22, l'engorgement de la région parotidienne a encore augmenté depuis la veille ; celui du tissu cellulaire s'étend presque jusqu'à la base du cou. La peau de toute cette région est d'un rouge livide. Prostration extrême ; somnolence continuelle ; quand on l'appelle, le malade ouvre les yeux pour les refermer aussitôt. La sensibilité et la locomotilité n'ont subi aucun trouble. Langue très sèche. Le timbre de la voix est changé, et a pris un caractère de raucité qu'il n'avait pas la veille. Respiration fréquente, sans lésion appréciable par la percussion ou l'auscultation ; pouls petit ; misérable. Rien de notable du côté de l'appareil urinaire.

Émission involontaire des matières fécales et de l'urine. Quant au mouvement fébrile quotidien, il n'a été caractérisé la veille que par un peu d'agitation et par des tentatives de la part du malade pour descendre de son lit. (Frictions mercurielles sur l'engorgement parotidien ; limonade vineuse ; cataplasmes.)

Le malade meurt à quatre heures du soir. Il avait présenté à midi l'agitation observée les jours précédents, et il avait même conservé encore assez de force pour essayer, à plusieurs reprises, de se lever. Vers deux heures, la prostration augmenta, le malade tomba dans un coma profond, la respiration s'embarrassa, et il s'éteignit insensiblement.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, me donna les résultats suivants :

A l'examen de la tumeur de la région parotidienne, le tissu cellulaire qui recouvre la glande parotide est infiltré d'une sérosité légèrement jaunâtre, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, de la région latérale droite du cou, jusqu'au niveau de la clavicule. Le tissu de la glande, incisé dans toute son épaisseur, donne issue à une multitude de gouttelettes de pus qui viennent sourdre à la surface de la coupe. Chaque gouttelette de pus est fournie par un lobule de la glande. Le tissu cellulaire interlobulaire est aussi infiltré d'un liquide séro-purulent. Avant d'inciser la glande, une pression assez forte avait donné issue par le canal de Sténon à une certaine quantité de pus qui était venue se répandre sur la face interne de la joue et sur le côté correspondant de la langue. La phlyctène qui s'était montrée sur l'avant-bras est affaissée ; l'épiderme est seul détruit. Le tissu cellulaire sous cutané est simplement infiltré de sérosité, mais ne présente pas de désorganisation profonde.

La peau du crâne ne laisse apercevoir dans aucun point de traces d'ecchymose, celles qu'on a observées sur les deux yeux ne dépassent pas l'arcade sourcilière. La surface extérieure des os du crâne, dépouillée de son périoste, et examinée avec le plus grand soin, ne présente aucune trace de félure. Leur surface intérieure n'adhère point à la dure mère ; aussi, lorsqu'on enlève la boîte osseuse, n'éprouve t-on aucune difficulté. Au moment de cette séparation, l'on aperçoit sur la surface extérieure de la dure-mère qui revêt l'hémisphère gauche du cerveau, une couche de sang dont une partie est liquide, et l'autre prise en caillots peu consistants qui s'étendent sur plusieurs points en une membrane mince. La portion de la dure-mère qui correspond à la partie moyenne, et un peu inférieure de l'hémisphère gauche, présente une perforation arrondie, à bords minces, et occupée

par un caillot sanguin mince, friable, qui se sépare de l'ouverture lorsqu'on soulève la dure mère, et qui ne paraît avoir aucune connexion intime avec elle. Une des branches principales de l'artère méningée moyenne rampe à quelques millimètres en dehors de la perforation, et la dépasse sans avoir été compromise par l'altération de la dure-mère. Mais un de ses rameaux qui s'en sépare tombe, après un trajet d'un ou deux millimètres, dans la perforation, et se trouve comme coupé en travers. L'orifice du vaisseau est bouché par un petit caillot fibrineux, dont l'extrémité libre flotte sur le bord correspondant de la perforation. Du reste, ni le tronc principal, ni le rameau, ainsi arrêté brusquement dans son trajet, ne présentent d'altération de structure ou de dilatation.

En même temps que mon attention était frappée par cette solution de continuité de la dure-mère, elle était attirée vers le point correspondant de la surface interne des os du crâne. Là, en effet, on apercevait une cavité creusée dans l'épaisseur du pariétal, un peu au-dessus de la suture écailleuse, renfermant du sang en partie liquide, en partie à moitié coagulé. La table interne de l'os avait complétement disparu, ainsi que le tissu diploïque, et le fond de la cavité était formé par la table externe, excessivement amincie, réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier, et présentant même une petite perforation. Le pourtour de cette cavité, assez régulièrement arrondi, était comme tranchant. Quant à la destruction du tissu diploïque, elle s'étendait un peu au delà du pourtour de la solution de continuité, dont elle semblait avoir en quelque sorte miné les bords. Il m'a été impossible, malgré les recherches les plus minutieuses, de retrouver aucun fragment osseux, soit dans les caillots, soit à la surface du cerveau.

La dure-mère enlevée, j'ai rencontré sur l'hémisphère gauche du cerveau, une couche mince de sang liquide qui recouvrait l'arachnoïde cérébrale. La fosse occipitale du même côté contenait environ trois cuillerées de sang à moitié coagulé, qui était accumulé au-dessus de la tente du cervelet.

Toute la partie postérieure de l'hémisphère gauche présentait une teinte d'un rouge violacé, qui avait pénétré non-seulement l'arachnoïde, mais encore toute l'épaisseur de la couche corticale. Cette rougeur, uniforme, non pointillée, m'a paru un simple phénomène d'imbibition. L'arachnoïde était intacte dans toute l'étendue de l'hémisphère. Vers le point correspondant à la perforation de la dure mère, elle ne présentait aucune altération, aucune dépression. Partout elle se détachait de la sub-

stance cérébrale avec la plus grande facilité. La substance grise du cerveau conservait partout sa consistance et sa couleur naturelle, à l'exception du point où elle avait été en contact avec le sang épanché au-dessus de la tente du cervelet.

L'hémisphère droit ne présentait rien de remarquable. Toutes les autres portions de l'encéphale, examinées avec le plus grand soin, étaient dans un état parfait d'intégrité.

Les organes thoraciques et abdominaux ne présentaient aucune altération. La rate seule était profondément altérée. Son tissu était réduit en une sorte de bouillie d'un rouge terne qui s'écrasait par la pression la plus légère.

En analysant toutes les particularités de ce fait singulier, il en est une qui échappe et qui laisse une lacune dans l'enchaînement des accidents qui ont dû se succéder. D une part, l'on peut constater la lésion que présente la voûte du crâne ; de l'autre, celle de la dure-mère et de l'artère méningée moyenne qui a donné lieu à l'épanchement de sang dans l'intérieur du crâne. Mais, quant à la cause qui a porté simultanément son action et sur le pariétal et sur la dure-mère, elle ne trouve plus son explication dans l'examen des lésions constatées après la mort.

Cependant, en tenant compte de certaines particularités, et en comparant ce fait à des faits qui ont avec lui le plus d'analogie, il est possible, je crois, sinon de combler complétement cette lacune, du moins de toucher de bien près à la vérité.

Il est impossible, dans le cas qui nous occupe, d'admettre une fracture de la table interne de l'os. La forme de la solution de continuité, la régularité de ses contours, doivent faire rejeter une pareille supposition. En effet, dans tous les exemples de déchirures de l'artère méningée moyenne par suite de fracture du crâne, on trouve dans la boîte osseuse des désordres tels, qu'il serait impossible de les laisser échapper, même au milieu des recherches les moins attentives. On peut s'en convaincre en lisant les observations de ce genre publiées par les auteurs, et en parcourant celles du même genre que M. Chassaignac a réunies dans un thèse de concours (*Des plaies de tête*. Paris 7 juin 1842). Dans toutes ces observations, on retrouve des félures plus ou moins étendues des os du crâne, ou des fragments osseux, soit libres, soit enfoncés dans la substance cérébrale. Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, rien d'analogue n'a été observé, malgré les recherches les plus attentives.

L'existence d'une tumeur qui aurait simultanément porté son action et sur la dure-mère, et sur les os du crâne dont elle aurait détruit l'épaisseur par une véritable usure, et en procédant

de dedans en dehors, est seule capable d'expliquer les désordres que nous avons décrits. Mais ici se présentent encore de nouvelles difficultés. L'artère méningée moyenne, dont une branche était brusquement interrompue sur le pourtour de la solution de continuité de la dure-mère, a-t-elle été le siége d'une dilatation anévrismale? Nous allons voir que si certaines circonstances paraissent favorables à cette opinion, d'autres au contraire semblent de nature à la faire abandonner. La destruction partielle du pariétal, qui n'est réduit qu'à l'épaisseur de la table externe et qui présente même une petite perforation, a la plus grande analogie avec l'usure des os produits par les tumeurs anévrismales. Mais d'un autre côté, l'examen attentif des organes n'a pu faire découvrir ni les débris d'un sac anévrismal, ni une dilatation plus considérable de la portion du rameau artériel, qui s'étendait depuis sa séparation du tronc de l'artère méningée moyenne jusqu'à l'endroit de sa déchirure. Cette circonstance me paraît importante à noter, car dans les cas d'anévrismes de l'artère méningée moyenne que possède la science, l'examen des parties lésées a toujours fait retrouver les débris du sac anévrismal, ou du moins une dilatation plus ou moins considérable de l'artère dans les portions voisines de la tumeur. On peut lire à ce sujet plusieurs observations de ce genre consignées par M. Chassaignac, dans une seconde thèse pour le concours de la chaire de clinique chirurgicale (*Des tumeurs de la voûte du crâne*. Paris, 1848). Ainsi, dans la première de ces observations, empruntée au *Journal des progrès* (t. X, p. 257), la tumeur qui avait perforé les os du crâne, fut prise pour un kyste et ouverte par un chirurgien. Le sac anévrismal communiquait par un canal très-étroit avec l'artère méningée moyenne, *qui avait acquis dans le crâne le volume du petit doigt*. Dans la seconde, qui a été publiée par le docteur Gairdner, la tumeur se rompit pendant un effort, et le malade mourut A l'autopsie, on trouva *un sac anévrismal situé sur le trajet de l'artère méningée moyenne* formé par la séparation des feuillets de la dure-mère, et contenant environ 4 onces de sang coagulé. Enfin, M. Chassaignac rappelle encore un cas cité par M. Bégin, et dans lequel une anévrisme qui occupait l'artère méningée moyenne fit périr le malade après avoir perforé la fosse temporale.

Rien d'analogue à ce que nous signalons dans les observations précédentes n'a été retrouvé chez le malade dont il est ici question. Pour admettre, dans ce cas, l'existence d'un anévrisme de l'artère méningée moyenne, il faudrait supposer que le sac anévrismal, très-petit, formant sur le trajet de l'artère une saillie

brusque et sans dilatation de la portien du vaisseau voisin du sac, aurait été complétement détruit au moment de sa rupture et entraîné par l'effort hémorrhagique.

Reste donc la supposition d'une tumeur de toute autre nature, par exemple d'un fongus de la dure mère qui, après avoir usé la table interne de l'os, aurait déterminé en même temps l'altération observée sur la dure-mère, et par suite la lésion du rameau de l'artère méningée moyenne. L'absence de toute dilatation et de toute altération dans le tronc artériel et son rameau, jusqu'à l'endroit de sa déchirure, nous paraît tout à fait favorable à cette dernière opinion. Mais, dans ce cas, il faut encore admettre qu'au moment de la déchirure de l'artère déterminée sans doute par la chute du malade ou les violences exercées sur lui, la tumeur a été complétement détachée de la dure mère, et entraînée avec la portion altérée de cette membrane, par le flot hémorrhagique.

---

36. *Observations sur les secours à donner aux noyés ou asphyxiés;* par M. A. Guérard.

Suite : *voir* t. IX, septembre, p. 254; t. X, octobre 1850, p. 255.

(Annales d'hygiène publique et médecine légale, octobre 1850.)

Nous avons déjà dit que l'eau introduite pendant la submersion dans les voies respiratoires était résorbée en grande partie, et pouvait être évacuée principalement par les voies digestives. De là, cette tendance aux évacuations, observée chez les noyés, tendance d'autant plus prononcée que la lutte a été plus longue, ou, ce qui revient au même, que la proportion d'eau aspirée est plus considérable. On peut reconnaître cet état œdémateux des poumons à la distension des hypochondres et de l'abdomen. C'est là un signe précieux pour insister sur les moyens propres à déterminer le vomissement et les évacuations alvines, alors même que la respiration serait rétablie et la connaissance revenue. L'oppression, qui persiste, montre que le poumon est encore engoué. Louis, après avoir rappelé à la vie des animaux en état de mort apparente à la suite de la submersion, a vu qu'ils continuaient, pendant plusieurs heures, à avoir la respiration gênée. Cette gêne diminuait par degrés. En les sacrifiant à différents intervalles, après le rétablissement du jeu de la poitrine, on trouvait dans le poumon une proportion de liquide d'autant moindre, qu'un laps de temps plus considérable s'était écoulé à partir du retour à la vie. Au bout de deux heures, les

bronches contenaient encore près de la moitié de l'eau aspirée (*loc. cit.*, p. 295).

Il faut donc se hâter de mettre, au moyen des frictions, d'un massage méthodique, de la chaleur, etc., les noyés en état de recevoir les remèdes capables de provoquer ces flux gastro-intestinaux. Tant que le malade n'a pas assez de connaissance pour pouvoir exécuter les mouvements de déglutition, il n'est pas sans danger de chercher à exciter chez lui le vomissement à l'aide de médicaments liquides administrés par la bouche (ils pourraient couler sur les côtés de l'épiglotte et pénétrer dans le larynx. Cependant, ainsi qu'il est recommandé dans l'*Instruction*, il n'y aucun inconvénient à faire tomber dans la bouche quelques gouttes d'un liquide spiritieux, eau-de-vie, eau de mélisse, de Cologne, etc.

Cette circonstance assure une véritable supériorité aux évacuants administrés par le rectum. Parmi les agents qui rentrent dans cette catégorie, nous devons faire une mention spéciale des *fumigations de tabac*. Employées de temps immémoral, par les naturels de l'Amérique du Nord (1), pour rappeler les noyés à la vie, les *fumigations de tabac* ont été importées en Europe, et mises d'abord en usage en Suisse pour le même objet. Les résultats avantageux qu'on en a obtenus, insérés dans plusieurs années du *Mercure suisse*, de 1733 à 1735, ont amené Réaumur à préconiser cette méthode de traitement, et à la recommander spécialement dans l'*Instruction* qu'il publia, en 1740, par ordre du gouvernement français (2). Louis comptait beaucoup sur l'efficacité de ces fumigations « De tous les secours que l'on peut « donner aux noyés, dit-il, il n'y en a point dont on doive faire « plus de cas, que de leur souffler de la fumée de tabac dans les « intestins. Ce moyen a produit dans différentes occasions les « effets les plus heureux : je l'ai expérimenté sur beaucoup « d'animaux que j'avais noyés, et j'ai presque toujours réussi à « les rappeler à la vie, lorsque je n'ai pas trop différé à leur « donner ce secours. » (*loc cit.*, p. 277.)

Cette opinion de Louis a été professée également par Cullen, Lecat, Cardanne, Tissot, Buchan, Andry, Stoll, Desgranges,

(1) Charlevoix, *Histoire et description générale de la Nouvelle-France*, t. I, p. 126, année 1611.

(2) Voici en quels termes Réaumur y parle de ces fumigations : « Mais tout ce « qu'il y a de mieux peut-être, c'est de souffler dans les intestins la fumée du « tabac d'une pipe. Un de nos academiciens a été témoin du prompt et heu- « reux effet de cette fumée sur un noyé Une pipe cassée peut servir de tuyau « ou chalumeau par lequel on soufflera dans le corps la fumée qu'on aura « tirée de la pipe entière. »

Pinel, Fodéré, etc. Enfin, les sociétés humaines d'Amsterdam, de Londres, de Paris, de Marseille, etc., ont publié une foule d'observations, desquelles ont est en droit de conclure : 1° que les fumigations de tabac ont fréquemment sauvé la vie aux noyés ; 2° qu'elles n'ont jamais causé d'accident.

Malgré l'autorité des hommes et des faits, l'émploi de la fumée de tabac dans le traitement de l'asphyxie par submersion, attaqué d'abord par la mauvaise foi et l'envie, a fini par être en butte à une foule de critiques nées de théories plus ou moins spécieuses et souvent contradictoires entre elles. Ici c'est Hunter, qui, admettant chez les noyés une suspension de l'action vitale, repousse la fumée de tabac, à raison des nausées ou des évacuations alvines qu'elle détermine : or l'un et l'autre de ces effets *tendent à diminuer les puissances animales*. Là c'est Brodie qui s'appuie, pour la proscrire, sur les effets toxiques de l'huile empyreumatique et de l'infusion de tabac. Chaussier fils la rejette comme stupéfiante ; Frank, à raison de son âcreté. Portal, qui le premier a cherché à jeter de la défaveur sur cet agent thérapeutique, lui reproche de distendre l'intestin, de refouler le diaphragme et de s'opposer aux mouvements d'inspiration, etc.

Si l'on veut réfléchir un instant à l'innocuité presque absolue du tabac fumé, dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, aux succès qu'en ont retirés des praticiens fort habiles, pour vaincre des constipations opiniâtres et traiter plusieurs autres maladies (1) ; si l'on songe que, dans des cas nombreux et bien constatés, les fumigations de tabac ont réussi à rappeler à la vie des noyés sur lesquels d'autres modes de traitement n'avaient pas été mis en usage ou avaient complétement échoué, on doit reconnaître que, dans les limites et avec les précautions

(1) Heister s'en servait avec un tel succès dans le traitement de la hernie étranglée, qu'il dit expressément : *Idque deinde in hoc morbo, apud alios multos ita semper feliciter mihi et aliis postea hic successit, ut nunquam ad scalpellum in eo accedere mihi adhuc opus fuerit* (Institutiones chirurgicæ, etc., pars secunda, p. 1037.)

Louis a donné la description et le dessin d'une machine fumigatoire qu'il avait fait exécuter d'après un modèle que lui avait fourni un chirurgien de Hamboirg « Ce chirurgien se procurait la liberté du ventre deux ou trois fois « par semaine avec cet instrument. La boîte contenait deux onces de tabac. Il « en mettait à moitié : c'était la dose ordinaire ; il doublait quelquefois par ré- « creation, comme ceux qui ont ont du goût à tirer la fumée de tabac par la « bouche. » (*Loc cit.*, p. 282.)

Enfin, M. Merat a conçu un ancien médecin de la Faculté de Paris, atteint de *paralysie*, lequel, dans les sept ou huit dernières années de son existence, se procurait une selle tous les dix ou douze jours à l'aide d'un lavement de tabac : tous les autres évacuants restaient sans effet. (*Dictionn. des sciences médicales*, art. TABAC.)

indiquées par l'*Instruction*, l'emploi de ces fumigations ne saurait donner lieu à aucune critique fondée.

L'ordre dans lequel ces secours doivent être administrés aux noyés est parfaitement indiqué dans l'*Instruction*. Aussi l'intervention du médecin, bien que toujours utile, est-elle rarement indispensable, surtout quand on peut compter sur des *secouristes* exercés. Le résultat suivant, dont j'ai emprunté les éléments aux publications de Pia, en fournit la preuve. J'ai analysé 185 observations de noyés rappelés à la vie, dans lesquelles le traitement employé a été indiqué avec quelques détails. 84 fois, une *position* convenable de la tête, les *frictions*, le *massage* (1), l'*application de la chaleur* et une ou deux cuillerées de *boissons spiritueuses* ont suffi pour dissiper tous les accidents; dans 47 autres cas, il a fallu y joindre l'emploi de l'*ammoniaque*, le plus souvent introduite dans les narines au moyen d'un papier roulé, et quelfois mêlée à *l'eau-de-vie camphrée* pour frictions ou boisson. On a dû avoir recours 54 fois aux *insufflations d'air*, et 22 fois seulement aux *fumigations de tabac*. Enfin, chez 18 malades, les vomissements ne se montrant pas, ou ne se répétant pas assez souvent sous l'influence de l'eau-de-vie camphrée additionnée ou non d'ammoniaque, il a fallu administrer de l'*émétique*; pour ce qui est des accidents cérébraux réclamant l'emploi de la *saignée*, ils ne se sont présentés que dans quatre cas.

L'efficacité des secours administrés aux victimes de l'asphyxie par submersion varie, comme on doit s'y attendre, suivant plusieurs circonstances, parmi lesquelles nous mentionnerons la durée du séjour sous l'eau, l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac au moment de la chute, le retard ou le défaut de persévérance apporté au traitement de l'asphyxie, les complications de celle-ci par des blessures ou d'autres maladies.

Malgré une submersion complète assez prolongée, la vie peut se conserver à l'état latent; toutefois la limite extrême ne me semble pas pouvoir s'étendre au delà de *deux heures* de séjour sous l'eau. Sur plus de *cinq cents* observations d'asphyxie par submersion, je n'en ai trouvé qu'*une seule* où cette limite ait été atteinte : il s'agit d'un vidangeur qui, en travaillant au curage d'un puits, dans lequel une fosse d'aisances s'était vidée, fut asphyxié par les vapeurs méphitiques et tomba dans l'eau, où il resta environ une heure sans mouvement. On s'empressa de le secourir ; mais celui qui en était chargé, asphyxié à son tour, le laissa retomber, et se hâta de sortir du puits. Il se passa au

(1) C'est par abréviation que le mot *massage* est employé ici, pour exprimer les pressions plus ou moins brusques et méthodiques.

moins une autre heure avant qu'on pût retirer la première victime, qui fut néanmoins rappelée à la vie (1). Au rapport de Pouteau, un voyageur fut englouti avec sa chaise de poste en traversant le pont du Var, en janvier 1749. Il resta plus de deux heures sous l'eau, et cependant il put être secouru avec succès (2). Toutefois ces cas doivent être considérés cemme tout à fait exceptionnels; car Pia, qui nous a fourni le premier, racontant le fait d'un enfant repêché deux heures et demie après s'être noyé, et qu'on ne put sauver malgré les secours les plus intelligents, dit expressément ne pas posséder d'exemples de noyés secourus efficacement après une submersion totale de plus d'*une heure* (3). En écrivant ces lignes, l'auteur avait sans doute perdu de vue le fait cité plus haut, qui s'était passé six ans auparavant.

L'exemple suivant, dans lequel la submersion dura près d'une heure, est, à notre avis, l'un des plus remarquables que l'on connaisse. Le 22 octobre 1774, à cinq heures du soir, un jeune homme de quinze ans tomba dans l'eau, en traversant une planche pour passer dans une barque amarrée dans le port d'Oleron. Après beaucoup de recherches inutiles, qui employèrent environ une heure, on le repêcha au moment où le courant l'entraînait au large. Transporté à l'hôpital militaire, on le coucha dans un lit de balle d'avoine bien bassiné : « Il était « froid à glacer, la tête, le corps et les extrémités inférieures « étaient inflexibles ; les extrémités supérieures avaient un peu « moins de roideur ; il avait la face et le col fort enflés et livides, « les dents serrées; les yeux, fixes et tournés en haut, avaient « la pupille fort dilatée; les narines étaient remplies d'une « écume blanche, froide et fort épaisse ; le bas du ventre était « extraordinairement gonflé ; le pouls ne se faisait point sentir, « et l'on n'apercevait aucun mouvement de la part de la respi- « ration. » Malgré la gravité presque désespérée de cet état, le médecin le fit frictionner, le saigna à la jugulaire, lui administra en lavement une *forte décoction de tabac*, qui lui fit rendre *quatre à cinq pintes d'eau*. Après cette évacuation, le pouls et la respiration commencèrent à se faire apercevoir; la chaleur se ranima, les mouvements des membres devinrent plus libres; une saignée du pied rendit la connaissance au malade ; une troisième saignée dut être pratiquée dans la même nuit, pour débarrasser la tête, et, le matin, un lavement laxatif amena une évacuation liquide aussi abondante que la première. La gêne de la respiration

(1) Pia, 1er partie, 1773, p. 60, 2e édition, 1er supplément.
(2) Marc, *loc. cit.*, p. 444.
(3) *Loc. cit.*, 7e part., p. 153.

rendit nécessaire une quatrième saignée. La parole ne revint que le surlendemain, sans aucun souvenir de ce qui s'était passé. Une nouvelle purgation, indiquée par l'oppression, le mal de tête, la fièvre, l'état saburral de la langue, produisit une évacuation copieuse, ramena le bas-ventre à son état normal, et soulagea beaucoup le malade qui, après quelques jours de soins, se trouva complétement rétabli — M. Milleret, auteur de cette observation intéressante, fait remarquer que la chaleur a commencé à se manifester au sommet de la tête, et que les autres parties ne se sont échauffées que lentement et successivement, en proportion de leur éloignement du centre de la circulation (1).

Nous avons à peine besoin d'insister sur l'influence exercée par la plénitude ou la vacuité de l'estomac, sur l'efficacité des secours administrés aux noyés : on s'accorde à admettre que la submersion offre beaucoup plus de dangers, quand elle a lieu à la sortie d'un repas copieux ou dans l'état d'ivresse.

Il en est de même des complications, telles que l'apoplexie, les plaies de tête, un coup violent sur la région épigastrique, etc. Toutefois quelques auteurs sont disposés à croire que la syncope, quand elle précède ou accompagne immédiatement la submersion, est plutôt avantageuse que préjudiciable (2).

Pour ce qui est de la mauvaise administration des secours, il n'est pas douteux qu'on ne puisse rejeter sur elle la perte d'un certain nombre de noyés qui, traités plus tôt, mieux, ou avec plus de persévérance, auraient été rappelés à la vie. Le fait suivant peut être rangé dans cette classe. Un jeune homme de dix-huit ans se baignant dans la seine est entraîné par le courant, et poussé sous un grand bateau. On le retira sans mouvement ni connaissance, et on lui administra les secours, mais maladroitement et sans ordre, et après avoir hésité longtemps sur ce qu'il y avait de mieux à faire : *on remarque cependant quelques annonces de succès, mais on le trouve pas suffisants, on le juge mort et on l'abandonne* (3).

Il est donc de la plus haute importance de ne pas se décourager, et de continuer l'administration des secours, tant que la mort ne paraît pas évidente. Dans un cas de submersion observe à Brest en 1778, ce n'est qu'après *quatre heures* d'un travail non

(1) Pia, *loc. cit.*, p. 123, 3e partie.
(2) Marc. *loc. cit.*, p. 446.
(3) Pia, *loc. cit.*, p. 142, 6e partie.

interrompu que le noyé donna quelques signes de vie, et peu à peu on réussit à le rétablir complétement (1).

Quelques signes particuliers peuvent faire reconnaître, pendant qu'on les administre, l'impuissance des secours et la réalité de la mort : ainsi, les membres, au lieu de s'assouplir, deviennent roides et froids ; les yeux perdent leur brillant et se couvrent d'un voile qui leur donne un aspect terne ; à la pâleur du visage succède une teinte livide, etc. Mais, dans tous les cas, il est indispensable de recourir à l'auscultation du cœur, qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, peut seule donner au pronostic une certitude rigoureuse.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

(1) Pia, *loc. cit.*, p. 182, 6e partie.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 219e VOLUME.

11e SÉRIE, TOME XI. — NOVEMBRE 1850.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Traité de la méthode amovo-inamovible; par le docteur *Seutin*. (*Suite*). 73
Considérations sur l'embryotomie et l'opération césarienne, suivies d'observations nouvelles d'application de forceps-scie ; par le docteur *Vanhuevel*. 110
Considérations sur le diagnostic différentiel et le traitement des ophthalmies granuleuse purulente, et gonorrhoïque ; par *E. Henrotay*. 127
Extrait du bulletin de l'Académie royale de médecine. — Séance du 26 octobre 1850. 134
Observations météorologiques faites à l'observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois d'août, septembre et octobre. 144

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE

PHARMACOLOGIE. — 1. Des préparations d'or sous les points de vue chimique ; par M. *A. Legrand*. 1

III. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

2. Lettre sur le mécanisme de l'érection ; par le docteur *Aug. Mercier*. 10
3. Lettre sur la théorie de l'érection ; par M. *Debroux*. 15

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALE.

PATHOLOGIE INTERNE. — 4. Considérations sur la fièvre typhoïde et sur son traitement. 17
5. De la névralgie du plexus brachial (névralgies scapulaire, brachiale, cervico-brachiale des auteurs) ; par le docteur *F. Neucourt*. 23
6. Études anatomo-pathologiques sur le choléra, et en particulier sur les altérations cholériques des poumons ; par *A. Walther*. 55
14. Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire (atrophie musculaire progressive) ; par le docteur *F.-A. Aran*. (*Suite*.) 135
22. Sur l'hépatisation grise et rouge du poumon ; par le docteur *Betz*. 221
THÉRAPEUTIQUE. — 7. Lettre à M. le docteur E. Debout, sur le traitement de la sciatique ; par le professeur *Foret*. 63
8. Diabétès sucré ; guérison par l'huile de foie de raie ; par M. le docteur *Rousset*. 71

9. De la bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse ; par le docteur *Félix Sestier*. (*Suite*.) 74
10. De l'anesthésie provoquée et des agents anesthésiques considérés au point de vue de leur application à la chirurgie et aux diverses branches de l'art de guérir. Résumé critique des travaux publiés dans ces derniers temps ; par le docteur *F.-A. Aran*. 87
25. Emploi du collodion dans les affections cutanées ; par le docteur *Splenger*. 226
26. Onctions d'axonge dans la scarlatine. 227
29. De l'usage externe de l'acide acetique pour prévenir la dissémination de la scarlatine. 231
31 Traitement du ptyalisme mercuriel. 232
34. Emploi du phosphate d'ammoniaque dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. 237

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

11. Du chloroforme dans les accouchements et de son emploi après l'ergot de seigle ; par le docteur *Beatty*. 101
21. Opération césarienne exécutée heureusement par M. *Custodi*. 120

VI. CHIRIRGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 12. Du traitement des abcès par congestion par les injections iodées ; par M. *Boinet*. 110
15. Des règles à suivre pour la pratique des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion ; par le docteur *Boinet*. 145
18. Réunion d'une partie du petit doigt, séparée du corps ; par M. *Testa*. 215
19. Méthode pour guérir la claudication résultant du chevauchement avec union réciproque des fragments du fémur ; par M. le docteur *Rizolli*. 217
20. Vaste abcès cérébral chez un épileptique ; mort ; nécropsie ; par M. *Sissa*. 219
23. Traitement du lupus. 223
24. Sur l'ulcère verruqueux ; par le docteur *Robert-W. Smith*. 224
30. Nouveau traitement de l'hydrocèle. 232
OPTHALMOLOGIE. — 13. De l'amaurose dans la néphrite albumineuse ; par M. *H. Landouzy*. 122

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

16. Des douleurs qui peuvent coexister avec la syphilis constitutionnelle ; par M. *Diday*. 185
33. Recherches statistiques sur la blennorrhagie et la syphilis chez la femme ; par le docteur *Fenwich*. 234

XII. GÉNÉRALITÉS.

17. Étude sur la périodicité ; par le docteur *Théodore Perrin*. 165

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE nationale des sciences de Paris. — Séance du 4, 11, 18 et 25 novembre. — Sur les causes et l'origine du choléra. 189. — Contagion et traitement de la gale. 189. — Propriété désinfectante du chloroforme. 190. — Nouvelle théorie de la vision. 191. — Transmission des impressions sensitives de la moelle épinière. 192. — Emploi des douches froides contre le tempérament

lymphatique. 193. — De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial. 194. — Inoculation de la syphilis. 195. — Action du suc pancréatique sur les huiles. 197.

ACADÉMIE nationale de médecine de Paris. — Séance du 5, 12, 19 et 26 novembre. — Application aux usages médicaux d'une nouvelle glacière portative. 198. — Corps étranger dans les voies aériennes. 199. — Médication arsenicale dans les fièvres intermittentes. 200. — Médication anesthésique locale. 200.— Goître et crétinisme. 202.— État des organes et des fonctions chez les crétins. 202. — Marche de la maladie. 206. — Anatomie pathologique. 207. — Du rôle de l'œdème intra-laryngé et de l'œdème de l'arrière-bouche dans le cas d'angine laryngée œdémateuse. 209. — Extraction d'un calcul engagé dans la région prostatique de l'urètre. 210. — Moyen de combattre le priapisme. 211. — Scarifications multiples du col dans la leucorrhée symptomatique. 211. — Varice anévrismale guérie par la ligature. 213.

MÉLANGES.

27. Aliénation mentale déterminée par l'emploi du chloroforme ; par le docteur *Raige-Delorme*. 228

28. Du phosphate de chaux au point de vue physiologique et thérapeutique ; par le docteur *Beneke*. 228

32. Observation de tumeur fibro-cystique de l'utérus pour laquelle on a pratiqué la ponction ; mort par péritonite ; par le docteur *Prescott Heiwett*. 232

35. Compte rendu des séances de la Société de Biologie pendant le mois d'août 1850 ; par M. le docteur *Follin*. 238

36. Observations sur les secours à donner aux noyés ou asphyxiés ; par M. *A. Guérard*. 260

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. —219e VOLUME.

11e SÉRIE, TOME XI. — NOVEMBRE 1850.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE. (octobre 1850.)

Guérard (A.). Observations sur les secours à donner aux noyés ou asphyxiés. 260

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (août, septembre, novembre 1850.

Neucourt (F.). De la névralgie du plexus brachial (névralgies scapulaire, brachiale, cervico-brachiale des auteurs). 23
Walther (A.). Études anatomo-pathologiques sur le choléra, et en particulier sur les altérations cholériques des poumons. 55
Félix Sestier. De la bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse. 74
Aran (F.-A.). De l'anesthésie provoquée et des agents anesthésiques considérés au point de vue de leur application à la chirurgie et aux diverses branches de l'art de guérir. Résumé critique des travaux publiés dans ces derniers temps. 87
Aran (F.-A). Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire (atrophie musculaire progressive). 135

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (septembre, octobre 1850).

Considérations sur la fièvre typhoïde et sur son traitement. 17
Foret. Lettre à M. le docteur E. Debout, sur le traitement de la sciatique. 63
Boinet. Du traitement des abcès par congestion par les injections iodées. 110

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 43, 44, 45, 46, 47, 48 et 49 1850).

Legrand (A.) Des préparations d'or sous les points de vue chimique et pharmaceutique. 1
Mercier (Aug.). Letttre sur le mécanisme de l'érection. 10
Debroux. Lettre sur la théorie de l'érection. 15
Landouzy. De l'amaurose dans la néphrite albumineuse. 122
Boinet. Des règles à suivre pour la pratique des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. 145
Diday. Des douleurs qui peuvent coexister avec la syphilis constitutionnelle. 149

Follin. Compte rendu des séances de la Société de Biologie pendant le mois d'août 1850. 238

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES

(octobre 1850).

Beatty. Du chloroforme dans les accouchements et de son emploi après l'ergot de seigle. 101

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (octobre 1850).

Rousset. Diabétès sucré; guérison par l'huile de foie de raie. 71

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE septembre, octobre 1850.)

Théodore Perrin. Étude sur la périodicité. 165

JOURNAUX ALLEMANDS,

ARCHIV. FUER PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Beneke. Du phosphate de chaux au point de vue physiologique et thérapeutique. 228

MED. ANNALEN.

Betz. Sur l'hépatisation grise et rouge du poumon. 121
Traitement du Lupus. 223

NEUE MED. ZEITUNG.

Splenger. Emploi du collodium dans les affections cutanées. 226

SMIDT'S JAHRBRICHT.

Onctions d'axonge dans la scarlatine. 227

JOURNAUX ANGLAIS.

DUBLIN QUATERLY JOURNAL OF MED.

Robert-W. Smith. Sur l'ulcère verruqueux. 224

JOURNAL OF PSYCHOLOGIE

Raige-Delorme. Aliénation mentale déterminée par l'emploi du chloroforme. 228

MONTHLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

De l'usage externe de l'acide acétique pour prévenir la dissémination de la scarlatine. 231

LONDON MED. GAZETTE.

Nouveau traitement de l'hydrocèle. 232
Fenwich. Recherches statistiques sur la blennorrhagie et syphilis chez la femme. 234

LONDON JOURNAL OF MED.

Prescott Heiwett. Observation de tumeur fibro-cystique de l'utérus pour laquelle on a pratiqué la ponction ; mort par péritonite. 232

THE MED. TIMES.

Traitement du patylisme mercuriel. 232
Emploi du phosphate d'ammoniaque dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. 237

JOURNAUX ITALIENS.

GAZZETTA MED. LOMB.

Sissa Vaste abcès cérébral chez un épileptique; mort; nécroscopie. 219
Custodi. Opération césarienne exécutée heureusement. 120

IL FILIATE SEBEZIO.

Testa. Réunion d'une partie du petit doigt, séparée du corps. 215

IL RACCOGLITORE MEDICO.

Rizolli. Méthode pour guérir la claudication résultant du chevauchement avec union réciproque des fragments du fémur. 217